

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

身体障害者福祉法における今後の障害
認定のありかたに関する研究

平成19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 岩 谷 力

平成20(2008)年3月

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

身体障害者福祉法における今後の障害
認定のありかたに関する研究

平成19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 岩谷 力

平成20(2008)年3月

目 次

I. 総括研究報告	1
II. 分担研究報告1	
1. 身体障害者福祉法における障害認定の現状の課題と今後の可能性 分担研究者 柳沢信夫	6
2. 自立支援に必要なサービスの種類と量に関する研究 分担研究者 伊藤利之	67
3. 障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義 分担研究者 寺島 彰	74
[資料] 脊髄損傷と加齢 研究協力者 住田幹男	107

厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)
総括研究報告書

身体障害者福祉法における今後の障害認定のありかたに関する研究

主任研究者 岩谷力

身体障害者福祉法の目的を達成するためには、リハビリテーションを支援するための障害認定のあり方を検討する必要がある。そこで、障害認定の現状の課題をまとめたところ、具体的な認定方法に関する課題と、認定のあり方に関する課題が明らかになった。しかし、リハビリテーションを支援するための障害認定の適切な基準の確立のためには、いろいろな、評価の組み合わせや新たな基準の設定の必要性が示された。

また、自立支援に必要なサービスの種類と量の推定のための予備調査として、更生施設での後方視的調査を実施したところ、麻痺の重症度、歩行能力、ADL の自立度が訓練量に影響している可能性が示唆された。しかし、入所時の社会的目標と訓練量との関連は確認できなかった。

障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義については、現状の国内の障害認定制度を分析し、社会保障政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義を検討した。その結果、身体障害者福祉法の認定基準が今後も活用されるとすれば、国、地方自治体、民間事業者で、障害者の自立と社会経済活動への参加を目的とする複数の制度の共通の基準となる可能性が示された。

分担研究者

柳沢信夫 関東労災病院

伊藤利之 横浜市総合リハビリテーションセンター

寺島 彰 浦和大学

しかし、障害者自立支援法の成立により、身体障害者福祉法の目的の 1 つである「保護」の機能は、同法に移行したために、身体障害者福祉法における障害認定は、本来の機能であるリハビリテーション支援の観点からの認定に立ち戻る必要があると考えられるようになった。本研究の目的は、日常生活能力の回復を支援するための障害認定、日常生活の自立を支援する障害認定、福祉的就労を支援するための障害認定、職業的自立を支援するための障害認定等のリハビリテーションを想定しながら、これらを支援するための身体障害認定制度のありかたを検討することである。

A. 研究目的

平成 15 年度特別研究(単年度)において、今回申請の分担研究者である柳澤が主任研究者となって「身体障害者の障害認定基準の最適化に関する研究」を実施し、現在の身体障害者福祉法の障害認定基準をめぐる論点の総論的な整理を行った。さらに、申請者が主任研究者として、「身体障害者の障害認定基準の最適化に関する実証的研究」(平成 16-18 年度)を実施し、身体障害者福祉法における障害認定の障害別の課題を整理するとともに、医学的に妥当かつ横断的に整合性のとれた認定基準のあり方を示した。

B. 研究方法

身体障害者福祉法の「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もつて身

体障害者の福祉の増進を図る」という法の目的を達成するためには、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立など幅広い観点から、リハビリテーションを支援するための障害認定のあり方を検討する必要がある。そこで、柳澤は、これまでの研究の結果から、障害認定の現状の課題をまとめた。

また、伊藤は、障害の重症度、年齢などから、自立支援に必要なサービスの種類と量を推定するために、その予備的調査として、更生施設利用者を対象として後方視的に調査を行った。

さらに、寺島は、現状の国内の障害認定制度を分析し、障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義を検討した。

C. 研究結果

(1) 障害認定の現状の課題

具体的な認定方法に関する課題と、認定のあり方に関する課題があった。前者は、医学の進歩などにより精度の高い検査法を適用することであり、後者は、身体障害者福祉法の理念からみて、認定時期をはやめることや再認定を行うことなどの課題である。しかし、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立などの観点は、明確に示されておらず、機能障害の認定がほとんどであった。

そこで、国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所生活訓練課に協力をいただき、同センターでどのような検査法、評価法が活用されているかを調査した。しかし、社会経済活動への参加との関連で単独で評価できる基準となるものはなかった。

また、近年、障害認定について有望視されている国際生活機能分類(ICF)は、機能障害だけではなく、能力障害や環境問題までも対象に障害を

とらえようとしている点で卓越しており、もし、これを使えば、社会経済活動への参加という観点からも活用できることが期待されるため、現在の、ICFの実際場面での活用について検討しているワシントングループの状況について調査したが、現状のワシントングループの検討状況は、統計的な処理に関する検討を行っている段階で、本研究で活用可能な検討までは行われていないということがわかった。

(2) 自立支援に必要なサービスの種類と量の推定

① 入所時と退所時の比較

麻痺の重症度(下肢のBrunnstrom stage)には変化なかったが、歩行能力やADLの自立度に改善を認めている。発症から入所までの期間は平均222.5日、入所期間は平均160.3日間で、発症から長期間が経過している症例において、更生施設入所中の機能訓練、生活訓練による効果を確認できた。

② 相関係数による検討結果

機能訓練量と有意な相関を認めたのは、身障手帳の等級、入所時の下肢の麻痺重症度、入所時の10m歩行速度および入所時のBIであった。麻痺の重症度、歩行能力、ADLの自立度が訓練量に影響している可能性がある。

③ 訓練量の差と障害像について

対象を機能訓練の「少ない群」と「多い群」に分けて、検討したところ、「多い群」の方が機能障害、能力障害ともに重度である傾向を認めた。当然の結果と考えられるが、身体障害者手帳が1～2級、下肢の麻痺が重度、歩行能力が低いあるいはADLの自立度が低い場合は機能訓練量が多く必要であることが示唆された。今回、機能訓練量を理学・作業・言語療法の延べ訓練回数と規定したため、機能訓練量の「多い群」の方が、失語症を

有する症例が多くみられた。

入所時の社会的な目標を比較したが、機能訓練量の「少ない群」、「多い群」で差は認められなかった。そのためか、施設内の生活訓練プログラムの内容についても、訓練量の「少ない群」、「多い群」で大きな差はなかった。

(3) 障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義

現状の国内の障害認定制度を分析した結果、身体障害者福祉法の障害認定は、障害に共通するサービスについては、障害者自立支援法の障害程度区分に譲ってしまっており、本法の認定基準は、税金の減免、重度障害者医療等の地方自治体のサービス、公共運賃割引等民間事業者のサービスの提供対象者を限定するための機能を果たすのみになっている。すでに、身体障害者福祉法の認定基準は、意味を失っているともいえるが、この基準が今後も活用されるとすれば、国、地方自治体、民間事業者で、障害者の自立と社会経済活動への参加を目的とした制度の場合は、本法の認定基準を活用するというような複数の制度の共通の基準となるような使われ方になることが予想された。

D. 考察

(1) 障害認定の現状の課題

身体障害者福祉法の障害認定には、現状の認定に関して、医学の進歩などにより精度の高い検査法を適用することと、さらに、認定時期をはやめことや再認定を行うことなど、身体障害者福祉法の理念からみて、本来あるべき認定をすべきであるという課題がある。

身体障害者福祉法の目的は、「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、

もつて身体障害者の福祉の増進を図ること」であり、その目的に沿った認定基準を検討するために、実際にリハビリテーションセンターで実施されている評価方法を検討したが、そのまま活用できる評価方法はない。

また、近年、注目されているICFについても、現状では、基本的な統計に活用できる程度であり、身体障害者福祉法の目的を評価できる認定基準として活用するのは、まだ、十分に研究されていないことがわかった。

身体障害者福祉法の「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もつて身体障害者の福祉の増進を図る」という法の目的を達成するためには、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立など幅広い観点から、リハビリテーションを支援するための障害認定のあり方を検討する必要があるが、適切な基準の確立のためには、いろいろな、評価の組み合わせや新たな基準の設定が必要であろう。

(2) 自立支援に必要なサービスの種類と量の推定

更生施設入所者のリハビリテーションを計画している立場から、社会的目標について、復職など就労を目標としている症例と、家庭復帰が主目的で何らかの社会参加の検討を目標としている症例を比較すると、前者の方が比較的障害が軽度で訓練量も少ないのではないかという仮説を立てた。しかし、訓練量が「少ない群」と「多い群」で検討したとき、障害の重さについては仮説が当てはまったが、社会的目標については明らかな差を認めず、仮説は当てはまらなかった。その理由としては、この間に行われた社会保障制度の改定が考えられる。今回の調査期間である平成 14 年度から平成 18 年度には、更生施設入所に関わる法制

度が措置制度、支援費制度、そして障害者自立支援法へと変更になった。中でも障害者自立支援法では入所に伴う費用(ホテルコスト)が実費となり、入所者の経済的負担が増加した。また、平成12年に導入された介護保険制度により、その後地域の社会資源が徐々に整ってきた。そのため、家庭復帰に向けた準備が以前よりも容易になってきた。そして、平成18年4月の診療報酬制度の改定によりリハビリテーションの算定日数の上限が設けられたことで、発症から更生施設入所までの期間が変化し、入所者の障害の重症度も変化した。これら3点が複合して機能訓練量の減少化(入所期間の短縮化)が生じ、調査の基本的条件が変容したことが大きく影響したものと思われた。今後は、先に述べた仮説を前方視的調査で確認していく必要がある。

(3) 障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義

① 障害認定の意味

障害を定義するという事は、政策や制度の対象となる障害者の範囲を決めることである。なぜ、このようなことを行う必要があるのか。その理由の第一は、ある施策を実施しようとする場合、その対象者が誰なのかを確定しないと具体的なサービス内容を決定できないし、予算も立てられないということがある。これは、障害者福祉、障害者手当、バリアフリー対策などあらゆる障害者関連制度に共通する。しかし、障害の定義があっても、障害認定がなされないときもある。

障害者認定が必要なのは、何らかの理由で政策や制度の対象者を限定する必要がある場合である。その一つの例としては、ある政策や制度の予算に限りがある場合、あまり多くの人にばら撒いたのでは効果がなくなることから、予算を使う人を限定したいということがあるだろう。

② 認定制度をもつ制度ともたない制度

わが国の制度で障害を規定している法律を障害認定制度をもつものと持たないものに分かれる。認定制度をもつものは、個人を特定してサービスを提供しようとするものである。基本法など理念を規定したものやバリアフリー関係法など個人を特定しないものについては、認定制度をもたない。

また、認定制度をもっている、独自に認定基準をもつものと、他の制度の認定基準を活用するものがある。

③ 身体障害者福祉法の認定のありかた

身体障害者法の目的は、「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もつて身体障害者の福祉の増進を図ること」である。ところが、本法は、ホームヘルパーなどの障害に共通するサービスを障害者自立支援法に譲っているため、本法では、障害予防のみを行うだけである。むしろ、本法の認定基準は、税金の減免、重度障害者医療等の地方自治体のサービス、公共運賃割引等民間事業者のサービスの提供対象者を限定するための機能を果たしている。

この基準が今後も活用されるとすれば、複数の制度の共通の基準となるような使われ方になるだろう。例えば、国、地方自治体、民間事業者で、障害者の自立と社会経済活動への参加を目的とした制度の場合は、本法の認定基準を活用するというような使われ方である。

E. 結論

(1) 障害認定の現状の課題

身体障害者福祉法の「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もつて身体障害者の福祉の増進を図る」という法の目的を

達成するためには、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立など幅広い観点から、リハビリテーションを支援するための障害認定のあり方を検討する必要がある。

そこで、これまでの研究の結果から、障害認定の現状の課題をまとめたところ、具体的な認定方法に関する課題と、認定のあり方に関する課題に分けられた。前者は、医学の進歩などにより精度の高い検査法を適用することであり、後者は、身体障害者福祉法の理念からみて、認定時期をはやめることや再認定を行うことなどの課題である。

しかし、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立などの観点は、明確に示されておらず、機能障害の認定がほとんどであった。

そこで、国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所生活訓練課に協力をいただき、同センターでどのような検査法、評価法が活用されているかを調査した。しかし、社会経済活動への参加との関連で単独で評価できる基準となるものはなかった。

また、近年、障害認定について有望視されている国際生活機能分類(ICF)は、機能障害だけではなく、能力障害や環境問題までも対象に障害をとらえようとしている点で卓越しており、もし、これを使えば、社会経済活動への参加という観点からも活用できることが期待されるため、現在の、ICFの実際場面での活用について検討しているワシントングループの状況について調査したが、現状のワシントングループの検討状況は、統計的な処理に関する検討を行っている段階で、本研究で活用可能な検討までは行われていないことがわかった。

(2) 自立支援に必要なサービスの種類と量の推定

発症から長期間が経過している症例でも、機能訓練、生活訓練の効果があることを後方視的調査により確認できた。麻痺の重症度、歩行能力、ADLの自立度が訓練量に影響している可能性が示唆された。しかし、入所時の社会的目標と訓練量との関連は確認できなかった。今後はこの結果をふまえ、前方視的調査で検討していく必要がある。

(3) 障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義

現状の国内の障害認定制度を分析し、障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義を検討した。その結果、身体障害者福祉法の障害認定は、障害に共通するサービスについては、障害者自立支援法の障害程度区分に譲ってしまっており、本法の認定基準は、税金の減免、重度障害者医療等の地方自治体のサービス、公共運賃割引等民間事業者のサービスの提供対象者を限定するための機能を果たすのみになっている。

すでに、身体障害者福祉法の認定基準は、意味を失っているともいえるが、この基準が今後も活用されるとすれば、国、地方自治体、民間事業者で、障害者の自立と社会経済活動への参加を目的とした制度の場合は、本法の認定基準を活用するというような複数の制度の共通の基準となるような使われ方になることが予想された。

F. 健康危惧情報

特記事項なし。

厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)
分担研究報告書

身体障害者福祉法における障害認定の現状の課題と今後の可能性

分担研究者 柳澤信夫

身体障害者福祉法の「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もって身体障害者の福祉の増進を図る」という法の目的を達成するためには、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立など幅広い観点から、リハビリテーションを支援するための障害認定のあり方を検討する必要がある。

そこで、これまでの研究の結果から、障害認定の現状の課題をまとめたところ、具体的な認定方法に関する課題と、認定のあり方に関する課題に分けられた。前者は、医学の進歩などにより精度の高い検査法を適用することであり、後者は、身体障害者福祉法の理念からみて、認定時期をはやめることや再認定を行うことなどの課題である。しかし、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立などの観点は、明確に示されておらず、機能障害の認定がほとんどであった。

そこで、国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所生活訓練課に協力をいただき、同センターでどのような検査法、評価法が活用されているかを調査した。しかし、社会経済活動への参加との関連で単独で評価できる基準となるものはなかった。

また、近年、障害認定について有望視されている国際生活機能分類(ICF)は、機能障害だけではなく、能力障害や環境問題までも対象に障害をとらえようとしている点で卓越しており、もし、これを使えば、社会経済活動への参加という観点からも活用できることが期待されるため、現在の、ICFの実際場面での活用について検討しているワシントングループの状況について調査したが、現状のワシントングループの検討状況は、統計的な処理に関する検討を行っている段階で、本研究で活用可能な検討までは行われていないということがわかった。

研究協力者

江藤文夫(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

寺島彰(浦和大学)

小松原正道(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

石渡博幸(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

三好尉史(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

我澤賢之(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

ンター)

A. 研究目的

本研究の目的は、身体障害者福祉法における障害認定の現状の課題を整理し、障害認定の方法の可能性について探ることにある。

B. 研究方法

これまでの研究成果を整理するとともに、実態調査および会議への参加により現状を調査した。

C. 研究結果

1. 身体障害認定の現状の課題整理

(1) 身体障害者福祉法の障害認定

身体障害者福祉法の目的は、「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もって身体障害者の福祉の増進を図ること」である(表4-1-1)。そして、その対象は、身体障害者福祉法別表に定められている。この別表では、視覚障害、聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由、心臓機能障害、呼吸器機能障害、腎臓機能障害が定められている。

また、それ以外の障害では、政令で定められている。その政令は、身体障害者福祉施行令であり、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能が定められている(表4-1-2)。

さらに、省令である身体障害者福祉法施行規則には、身体障害程度等級が、身体障害者手帳の記載事項として定められている(表4-1-3)。具体的な等級は、身体障害者福祉法施行規則別表第五号に掲載されている(表4-1-4)。

(2) 障害認定の課題

これまでの研究の結果から、障害認定の現状の課題をまとめると次のようになる。

① 視覚障害

検査法について、現状では、両眼の視力の和が用いられているが、両眼視力で評価するほうが生活実態を反映することができるという意見が多い。視力障害の5級と6級の認定に関する運用上の問題についても、両眼視による認定により解決できると考えられる。

また、視野障害の視能率の導入について、視野測定の見準についての意見が多く今後の検討が必要である。

さらに、高次脳機能障害や言葉でのやりとりの出来ない幼児などで視覚機能の測定の出来ないときの認定について関心が高い。

また、再認定の必要性に対する関心が高く、時期や方法について今後検討していく必要がある。

② 聴覚・言語・そしゃく・嚥下機能障害

検査法については、純音聴力検査について、医療機器の進歩により、オージオメーターは、通常110dB まで測定可能になっており、オージオメーターの普及率などを調査し、認定基準検討する必要がある。

また、大声語あるいは和声語、距離による語音の理解度による認定について、近年の医療事情からはかけはなれており、検討する必要がある。

さらに、乳幼児の聴覚障害認定について、幼児聴力検査(プレイオージオメトリー)で両耳の聴力検査が可能になる時期(3歳以降)に再認定をすることを前提に、ABR 検査などにより早期に認定して、小児の発達を支援することが好ましいという意見がある。

認定基準については、そしゃく・嚥下機能障害と音声機能障害の重複障害の認定において、外傷・腫瘍切除による顎、口腔、咽頭、喉頭の欠損による場合、そしゃく・嚥下機能に加えて音声機能障害も重複する場合も多いので合計指数の適用ができないという指摘もある。

③ 肢体不自由

遷延性意識障害の認定基準として、身体を随意的に動かすことができない場合の障害の評価基準の検討と「常時の医学的管理が必要」な状態を判断する基準の検討が指摘されている。

また、高齢者の認定は、医療費免除などの経済的支援のための認定と推定されることが多く、寝たきりの後期高齢者では、保護の立場からであ

ば、介護保険の対象とするなどの棲み分けが必要である。

さらに、乳幼児の認定時期について、現状では、乳幼児の認定は3歳以降が望ましいとされているため3歳未満ではサービスを受けられないという問題がある。3歳未満の認定基準の検討や再判定制度の積極的な導入を図ることが必要である。

脳卒中の認定時期について、脳卒中では発症から3ヶ月経過しないと認定できず、福祉施設などのサービス利用が遅れる。発症から3ヶ月未満における認定基準の検討や再判定制度の積極的な導入を図ることが必要である。

人工関節置換術等により機能が回復した場合の認定について、人工関節置換術等の技術的制が高まり、術後長期間にわたって安定して使用できるようになった場合は、外部に装着する義肢装具とは別扱いとし、置換術後の障害状況に応じて認定するように基準の変更を検討する必要がある。

両下肢機能障害の認定基準について、立位・歩行能力に着目した場合、一下肢の機能障害を単純に倍加しただけでは的確さに欠けることと認定基準の歩行時間や距離の根拠が不明確であるという問題がある。

④心臓機能障害

検査法として、現状行われている心電図を中心とした検査法については、再検討の要望が多い。特に、心エコー、心臓カテーテルの導入をすすめる意見が多かった。最近20年の医学検査法の進歩は目覚ましいものがあり、NYHA心機能分類、心電図、心エコー図、心・血管造影図、心筋シンチ、バイオマーカー、身体活動能力指数・6分間歩行テストなど、近年の検査法の進歩を反映させて検査法を検討することも考えられる。

ペースメーカー等体内装具の取り扱いで、ペー

スメーカー植め込みや人工弁置換術等後にADLが改善した場合は、別の認定方法用いるべきであるという意見が多かったが、逆に、患者の基礎心疾患を重視して、1級認定が該当という意見もあった。しかし、ペースメーカーの植め込みに関しては、植め込み前の状態やペースメーカー植え込み術後の依存状態により等級を決定することも考えられる。

急性期の認定として、急性心筋梗塞や不安定狭心症など発症と同時に申請をする場合についての取り扱いについて明確にすべきであるというものである。症状固定後の認定とすれば更生医療の対象にならないが、同時申請を可能とすれば対象になる。都道府県で取り扱いが異なるところがあり、具体的に手術が決まっているのであれば手帳が交付されるようにするなど、取り扱い方法を明確にすることが求められている。また、その場合でも、更生医療が成功した後は障害に該当しなくなった場合は、手帳を返上することを制度的に保証する必要があるという意見もある。

⑤呼吸器機能障害

検査法の再検討については、多くの必要性が指摘された。特に、SpO₂の活用についての意見が多かった。また、在宅酸素療法実施者に対する認定方法についての希望も多かった。近年の医学的検査法の発達や普及の現状をふまえて、検査法を再検討することも考えられる。

また、2級認定の要望も多いが、内部障害が身辺活動の制限(1級)、家庭内活動の制限(3級)、社会生活の制限(4級)という区分がなされており、内部障害全体として2級の意味が明らかになるならば、検討可能であるが、現状で、単独の障害で2級を設定するには、検討材料が不足している。

⑥腎臓機能障害

現状の血清クレアチニン濃度を中心とした認定

基準の改訂についての要望が多い。クレアチニン値は筋肉量や体格によって異なることから高齢者や女性には不利であるという意見が多かった。これについては、医学的進歩を反映した認定基準を検討する必要がある。

慢性透析療法対象者は1級認定することについて、都道府県調査では、終生透析を要する者はじん機能検査値にかかわらず1級にすべきであるという意見も多かった。逆に、透析療法により、健康者に近い状態で社会復帰している者も1級と認定することは疑問を感じるという意見もあった。

一律に対応することは、合理的に説明できるのかの問題があるので、これも(1)とともに慢性腎不全透析導入基準(厚生科学研究 1991)など新たな基準を活用して改訂を検討すべきであると考え

⑦ぼうこう・直腸機能障害では、「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」について、現状では、ぼうこう・直腸機能障害の認定において、「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」があることが要件になっているが、原因が制限されているために、同様の「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」があっても、ぼうこう・直腸機能障害に認定されない場合がある。例えば、産婦人科や泌尿器の手術に伴う神経因性膀胱は対象にならない。これに対して、完全尿失禁や永続的な摘便などの実態に着目して認定対象にすることを検討すべきであるという意見が多い。

また、「完全尿失禁」の定義についても現状の認定基準では、「完全尿失禁」とは100パーセントのことか、カテーテル留置、自己導尿の常時施行、完全尿失禁以外の「その他」の場合、具体的にどのような場合を「高度の排尿機能障害」と認定すべきか明確ではないという意見である。

また、高度の排尿機能障害の概念が不明瞭であることから、「完全尿失禁」だけでなく「著しい尿失禁」等を含めるべきという意見もある。

⑧小腸機能障害

成分栄養剤の導入初期には、成分栄養剤はほとんど経管的に投与されていたが、現在は、フレーバー等の開発が進み、ほとんどが経口摂取するようになった。そのため、小腸機能障害認定基準として、経腸栄養法を経管に限らず経口でも認めるようにする必要があるという専門医の意見があった。

また、小腸の残存部位の長さによる認定について、現行の認定基準では、小腸の残存部位の長さ、中心静脈栄養の程度によって等級を判断しているが、残存小腸の長さを把握することは実務上も困難であり、残存小腸機能とは比例しないため、全身的な栄養状態(TR・アルブミン・微量元素)やADLの評価が必要であるという意見があった。また、身長から算出した標準体重を維持するために必要なカロリーを経口摂取、経管栄養、中心静脈栄養でどのような割合で摂取できているかや、栄養状態、日常生活の質も加えるべきであるという意見もあった。

これらをまとめると、表4-1-5のようになる。さまざまな課題があるが、大きく分けると、具体的な認定方法に関する課題と、認定のあり方に関する課題に分けられる。前者は、医学の進歩などにより精度の高い検査法を適用することであり、後者は、身体障害者福祉法の理念からみて、認定時期をはやめることや再認定を行うことなどの課題である。

しかし、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立などの観点は、明確に示されておらず、機能障害の認定がほとんどであった。

2. 他の認定基準の可能性

(1) 既存の評価方法

国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所生活訓練課に協力をいただき、同センターでどのような検査法、評価法が活用されているかを調査した。その結果、障害程度区分調査表、健康診断、1次アセスメント表、アセスメント調査表、S-M社会生活能力検査、バーセルインデックス、老研式社会生活能力検査、運動の実施にかかる自己式スクリーニング、体育評価・運動負荷テスト、訓練支援評価、心理評価などが使用されていたが、社会経済活動への参加との関連で単独で評価できる基準となるものはなかった(表4-1-6~8)。

(2) ICFの可能性

近年、障害認定について有望視されているのが、国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health:ICF 2002年)である。ICFは、機能障害だけではなく、能力障害や環境問題までも対象に障害をとらえようとしている点で、卓越しており(図4-1-1)、もし、これを使えば、社会経済活動への参加という観点からも活用できることが期待される。そこで、現在の、ICFの実際場面での活用について検討しているワシントングループの状況について調査したものが、資料4-1である。

同資料から、現状のワシントングループの検討状況は、統計的な処理に関する検討を行っている段階で、本研究で活用可能な検討までは行われていないということがわかった。

D. 考察

身体障害者福祉法の障害認定には、現状の認定に関して、医学の進歩などにより精度の高い検

査法を適用することと、さらに、認定時期をはやめることや再認定を行うことなど、身体障害者福祉法の理念からみて、本来あるべき認定をすべきであるという課題がある。

身体障害者福祉法の目的は、「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もって身体障害者の福祉の増進を図ること」であり、その目的に沿った認定基準を検討するために、実際にリハビリテーションセンターで実施されている。評価方法を検討したが、そのまま活用できる評価方法はない。

また、近年、注目されているICFについても、現状では、基本的な統計に活用できる程度であり、身体障害者福祉法の目的を評価できる認定基準として活用するのは、まだ、十分に研究されていないことがわかった。

身体障害者福祉法の「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もって身体障害者の福祉の増進を図る」という法の目的を達成するためには、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立など幅広い観点から、リハビリテーションを支援するための障害認定のあり方を検討する必要があるが、適切な基準の確立のためには、いろいろな、評価の組み合わせや新たな基準の設定が必要であろう。

E. 結論

身体障害者福祉法の「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もって身体障害者の福祉の増進を図る」という法の目的を達成するためには、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立など幅広い

い観点から、リハビリテーションを支援するための障害認定のあり方を検討する必要がある。

そこで、これまでの研究の結果から、障害認定の現状の課題をまとめたところ、具体的な認定方法に関する課題と、認定のあり方に関する課題に分けられた。前者は、医学の進歩などにより精度の高い検査法を適用することであり、後者は、身体障害者福祉法の理念からみて、認定時期をはやめることや再認定を行うことなどの課題である。

しかし、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立などの観点は、明確に示されておらず、機能障害の認定がほとんどであった。

そこで、国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所生活訓練課に協力をいただき、同センターでどのような検査法、評価法が活用されているかを調査した。しかし、社会経済活動への参加との関連で単独で評価できる基準となるものはなかった。

また、近年、障害認定について有望視されている国際生活機能分類(ICF)は、機能障害だけではなく、能力障害や環境問題までも対象に障害をとらえようとしている点で卓越しており、もし、これを使えば、社会経済活動への参加という観点からも活用できることが期待されるため、現在のICFの実際場面での活用について検討しているワシントングループの状況について調査したが、現状のワシントングループの検討状況は、統計的な処理に関する検討を行っている段階で、本研究で活用可能な検討までは行われていないということがわかった。

F. 健康危惧情報

特記事項なし。

表4-1-1 身体障害者福祉法の目的・理念

<p>[身体障害者福祉法]</p> <p>(法の目的)</p> <p>第一条 この法律は、この法律は、障害者自立支援法（平成十七年法律第百二十三号）と相まって、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もつて身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。</p> <p>(自立への努力及び機会の確保)</p> <p>第二条 すべて身体障害者は、自ら進んでその障害を克服し、その有する能力を活用することにより、社会経済活動に参加することができるように努めなければならない。</p> <p>2 すべて身体障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする。</p> <p>(国、地方公共団体及び国民の責務)</p> <p>第三条 国及び地方公共団体は、前条に規定する理念が実現されるように配慮して、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するための援助と必要な保護（以下「更生援護」という。）を総合的に実施するように努めなければならない。</p> <p>2 国民は、社会連帯の理念に基づき、身体障害者がその障害を克服し、社会経済活動に参加しようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。</p> <p>(身体障害者)</p> <p>第四条 この法律において、「身体障害者」とは、別表に掲げる身体上の障害がある十八歳以上の者であつて、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう</p>

表4-1-2 身体障害者福祉法の対象者

<p>身体障害者福祉法別表(第四条、第十五条、第十六条関係)(昭二九法二八・全改、昭四二法一一三・昭四七法一一二・昭五九法六三・一部改正)</p> <p>一 次に掲げる視覚障害で、永続するもの</p> <p>1 両眼の視力(万国式試視力表によつて測つたものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測つたものをいう。以下同じ。)がそれぞれ〇・一以下のもの</p> <p>2 一眼の視力が〇・〇二以下、他眼の視力が〇・六以下のもの</p> <p>3 両眼の視野がそれぞれ一〇度以内のもの</p> <p>4 両眼による視野の二分の一以上が欠けているもの</p> <p>二 次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの</p> <p>1 両耳の聴力レベルがそれぞれ七〇デシベル以上のもの</p> <p>2 一耳の聴力レベルが九〇デシベル以上、他耳の聴力レベルが五〇デシベル以上のもの</p> <p>3 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が五〇パーセント以下のもの</p> <p>4 平衡機能の著しい障害</p> <p>三 次に掲げる音声機能、言語機能又はそしやく機能の障害</p> <p>1 音声機能、言語機能又はそしやく機能の喪失</p> <p>2 音声機能、言語機能又はそしやく機能の著しい障害で、永続するもの</p>
--

四 次に掲げる肢体不自由

- 1 一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの
 - 2 一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの
 - 3 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの
 - 4 両下肢のすべての指を欠くもの
 - 5 一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続するもの
 - 6 1から5までに掲げるもののほか、その程度が1から5までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害
- 五 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害その他政令で定める障害で、永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの

[身体障害者福祉法施行令]

第十二条 法別表第五号に規定する政令で定める障害は、次に掲げる機能の障害とする。

- 一 ぼうこう又は直腸の機能
- 二 小腸の機能
- 三 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能

表4-1-3 身体障害程度等級

[身体障害者福祉法]

(身体障害者手帳)

第十五条 身体に障害のある者は、都道府県知事の定める医師の診断書を添えて、その居住地(居住地を有しないときは、その現在地)の都道府県知事に身体障害者手帳の交付を申請することができる。

[身体障害者福祉法施行規則]

(身体障害者手帳の記載事項及び様式)

第五条 身体障害者手帳に記載すべき事項は、次のとおりとする。

- 一 身体障害者の氏名、本籍、現住所及び生年月日
 - 二 障害名及び障害の級別
 - 三 補装具の交付又は修理に関する事項
 - 四 身体障害者が十五歳未満の児童であるときは、その保護者の氏名、続柄及び現住所
- 2 身体障害者手帳の様式は、別表第四号のとおりとする。
- 3 第一項の障害の級別は、別表第五号のとおりとする。

表4-1-1 4 身体障害者障害程度等級表(身体障害者福祉法施行規則施行規則第7条第3項別表第5)

級別	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
視覚障害	両眼の視力(万国式視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、きょう正視力について測ったものをいう。下同じ)の和が0.01以下のもの	1. 両眼の視力の和が0.02以上0.04以下のもの 2. 両眼の視野が10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失が50%以上のもの	1. 両眼の視力の和が0.05以上、0.08以下のもの 2. 両眼の視野が10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失が50%以上のもの	1. 両眼の視力の和が0.09以上0.12以下のもの 2. 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの	1. 両眼の視力の和が0.13以上0.2以下のもの 2. 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの	1. 両眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもの 2. 両眼の視力の和が0.2を超えるもの	
聴覚障害		両耳の聴力レベルがそれぞれ100デシベル以上のもの(両耳全ろう)	両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの(耳介に挿しなれば大声語を理解し得ないもの)	1. 両耳の聴力レベルが80デシベル以上のもの(耳介に挿しなれば大声語を理解し得ないもの) 2. 両耳による普通話の最良の語音明瞭度が80パーセント以下のもの		1. 両耳の聴力レベルが70デシベル以上のもの(40以上の距離で発声された会話を理解し得ないもの) 2. 1側耳の聴力レベルが50デシベル以上、他側耳の聴力レベルが30デシベル以上のもの	
平衡機能障害			平衡機能の極めて著しい障害		平衡機能の著しい障害		
音声機能、言語機能または、そしやく機能障害			音声機能、言語機能または、そしやく機能のそしやく	音声機能、言語機能または、そしやく機能の著しい障害			
肢体不自由	1. 両上肢の機能を全廃したもの 2. 両上肢を手関節以上で欠くもの	1. 両上肢の機能の著しい障害 2. 両上肢のすべての指を欠くもの 3. 1上肢を腕の2分の1以上欠くもの 4. 1上肢の機能を全廃したもの	1. 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 2. 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 3. 1上肢の機能の著しい障害 4. 1上肢のすべての指を欠くもの 5. 1上肢のすべての指の機能を全廃したもの	1. 両上肢のおや指を欠くもの 2. 両上肢のおや指の機能を全廃したもの 3. 1上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか1関節の機能を全廃したもの 4. 1上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 5. 1上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 6. おや指またはひとさし指を含めて1上肢の3指の機能を全廃したもの 7. おや指またはひとさし指を含めて1上肢の3指の機能を全廃したもの 8. おや指又はひとさし指を含めて1上肢の4指の機能の著しい障害	1. 両上肢のおや指の機能の著しい障害 2. 1上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか1関節の機能の著しい障害 3. 1上肢のおや指を欠くもの 4. 1上肢のおや指の機能を全廃したもの 5. 1上肢のおや指及びひとさし指の機能の著しい障害 6. おや指またはひとさし指を含めて1上肢の3指の機能の著しい障害	1. 1上肢のおや指の機能の著しい障害 2. ひとさし指を含めて1上肢の2指を欠くもの 3. ひとさし指を含めて1上肢の2指の機能を全廃したもの 4. ひとさし指を含めて1上肢の2指の機能を著しい障害 5. 1上肢のなか指、くすり指及び指を欠くもの 6. 1上肢のなか指、くすり指及び指の機能を全廃したもの	1. 1上肢の機能の軽度の障害 2. 1上肢の肩関節、肘関節または手関節のうち、いずれか1関節の機能の軽度の障害 3. 1上肢の手指の機能の軽度の障害 4. ひとさし指を含めて1上肢の2指の機能を著しい障害 5. 1上肢のなか指、くすり指及び指を欠くもの 6. 1上肢のなか指、くすり指及び指の機能を全廃したもの
下肢機能障害	1. 両下肢の機能を全廃したもの 2. 両下肢を大腿の2分の1以上欠くもの	1. 両下肢の機能の著しい障害 2. 両下肢を大腿の2分の1以上欠くもの	1. 両下肢をショウパー関節以上で欠くもの 2. 1下肢を大腿の2分の1以上欠くもの 3. 1下肢の機能を全廃したもの	1. 両下肢のすべての指を欠くもの 2. 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの 3. 1下肢を大腿の2分の1以上欠くもの 4. 1下肢の機能の著しい障害 5. 1下肢の股関節または膝関節の機能を全廃したもの 6. 1下肢が健側と比べて、10cm以上または健側の長さの10分の1以上短いもの	1. 1下肢の股関節又は膝関節の機能の著しい障害 2. 1下肢の足関節の機能を全廃したもの 3. 1下肢が健側と比べて5cm以上または健側の長さの15分の1以上短いもの	1. 1下肢をリスフラン関節以上で欠くもの 2. 1下肢の足関節の機能の著しい障害 3. 1下肢の股関節、膝関節または足関節のうち、いずれか1関節の機能の軽度の障害 4. 1下肢のすべての指を欠くもの 5. 1下肢のすべての指の機能を全廃したもの 6. 1下肢が健側と比べて3cm以上または健側の長さの20分の1以上短いもの	1. 両下肢のすべての指の機能の著しい障害 2. 1下肢の機能の軽度の障害 3. 1下肢の股関節、膝関節または足関節のうち、いずれか1関節の機能の軽度の障害 4. 1下肢のすべての指を欠くもの 5. 1下肢のすべての指の機能を全廃したもの 6. 1下肢が健側と比べて3cm以上または健側の長さの20分の1以上短いもの
体幹機能障害	体幹の機能障害により坐位または起立位を保つことが困難なもの	1. 体幹の機能障害により坐位または起立位を保つことが困難なもの 2. 体幹の機能障害により立ち上がる事が困難なもの	体幹の機能障害により歩行が困難なもの		体幹の機能の著しい障害		
移動機能障害	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活動作が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活動作に支障のあるもの	不随意運動・失調等により上肢の機能の劣るもの	上肢に不随意運動・失調等を有するもの
移動機能障害	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの	不随意運動・失調等により歩行が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活に制限されるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活動作が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活動作に支障のあるもの	不随意運動・失調等により移動機能の劣るもの	下肢に不随意運動・失調等を有するもの
不全ウイルスによる免疫機能障害	心臓機能障害 じん臓機能障害 呼吸器機能障害 ぼうこうまたは直腸機能障害 小腸機能障害 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	心臓機能の障害により自己の身の日常生活動作が著しく制限されるもの じん臓機能の障害により自己の身の日常生活動作が著しく制限されるもの 呼吸器機能の障害により自己の身の日常生活動作が著しく制限されるもの ぼうこうまたは直腸機能の障害により自己の身の日常生活動作が著しく制限されるもの 小腸機能の障害により自己の身の日常生活動作が著しく制限されるもの ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活が著しく制限されるもの	心臓機能の障害により家庭内での日常生活動作が著しく制限されるもの じん臓機能の障害により家庭内での日常生活動作が著しく制限されるもの 呼吸器機能の障害により家庭内での日常生活動作が著しく制限されるもの ぼうこうまたは直腸機能の障害により家庭内での日常生活動作が著しく制限されるもの 小腸機能の障害により家庭内での日常生活動作が著しく制限されるもの ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活が著しく制限されるもの(社会での日常生活動作が著しく制限されるものを除く。)	心臓機能の障害により社会での日常生活動作が著しく制限されるもの じん臓機能の障害により社会での日常生活動作が著しく制限されるもの 呼吸器機能の障害により社会での日常生活動作が著しく制限されるもの ぼうこうまたは直腸機能の障害により社会での日常生活動作が著しく制限されるもの 小腸機能の障害により社会での日常生活動作が著しく制限されるもの ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により社会での日常生活動作が著しく制限されるもの			備考 同一等級について2つの重複する障害がある場合は、1級上の級とする。ただし、2つの重複する障害が特に本表中に指定されているものは、当該級とする。 肢体不自由においては、7級に該当する障害が2つ以上重複する場合は、6級とする。 異なる等級について2つ以上の重複する障害がある場合については、障害の程度を勘案して当該級より上の級とすることができる。 「指を欠くもの」とは、おや指については指骨間関節、その他の指については第一指骨間関節以上を欠くものをいう。 「指の機能障害」とは、中手指節関節以下の障害をいい、おや指については、対抗運動障害を含むものとする。 上肢または下肢欠損の段端の長さは、実用長をもって計測したものをいう。 下肢の長さは、前腸骨棘より内くるぶし下端までを計測したものをいう。

表4-1-5 障害認定の主な課題

視 覚 障 害	(1)検査法	<p>現状では、両眼の視力の和が用いられているが、両眼視力で評価するほうが生活実態を反映することができるという意見が多い。視力障害の5級と6級の認定に関する運用上の問題についても、両眼視による認定により解決できると考えられる。</p> <p>視野障害の視能率の導入について、視野測定の見標についての意見が多く今後の検討が必要である。</p> <p>また、高次脳機能障害や言葉でのやりとりの出来ない幼児などで視覚機能の測定の出来ないときの認定について関心が高い。</p>
	(2)再認定	<p>再認定の必要性に対する関心が高く、時期や方法について今後検討していく必要がある。</p>
聴 覚 ・ 言 語 ・ そ し ゃ く ・ 嚥 下 機 能 障 害	(1)検査法	<p>純音聴力検査について、医療機器の進歩により、オーディオメーターは、通常110dB まで測定可能になっており、オーディオメーターの普及率などを調査し、認定基準検討する必要がある。</p> <p>大声語あるいは和声語、距離による語音の理解度による認定について、近年の医療事情からはかけはなれており、検討する必要がある。</p> <p>乳幼児の聴覚障害認定について、幼児聴力検査(プレイオーディオメトリー)で両耳の聴力検査が可能になる時期(3歳以降)に再認定をすることを前提に、ABR検査などにより早期に認定して、小児の発達を支援することが好ましいという意見がある。</p>
	(2)認定基準	<p>そしやく・嚥下機能障害と音声機能障害の重複障害の認定において、外傷・腫瘍切除による顎、口腔、咽頭、喉頭の欠損による場合、そしやく・嚥下機能に加えて音声機能障害も重複する場合も多いので合計指数の適用ができないという指摘もある。</p>
肢 体 不 自 由	(1)遷延性意識障害の認定基準	<p>身体を随意的に動かすことができない場合の障害の評価基準の検討と「常時の医学的管理が必要」な状態を判断する基準の検討が指摘されている。</p>
	(2)高齢者の認定	<p>医療費免除などの経済的支援のための認定と推定されることが多く、寝たきりの後期高齢者では、保護の立場からであれば、介護保険の対象とするなどの棲み分けが必要である。</p>
	(3)乳幼児の認定時期	<p>現状では、乳幼児の認定は3歳以降が望ましいとされているため3歳未満ではサービスを受けられないという問題がある。3歳未満の認定基準の検討や再判定制度の積極的な導入を図ることが必要。</p>
	(4)脳卒中の認定	<p>脳卒中では発症から3ヶ月経過しないと認定できず、福祉施設などのサービス利</p>

	定時期	用が遅れる。発症から3ヶ月未満における認定基準の検討や再判定制度の積極的な導入を図ることが必要。
	(5)人工関節置換術等により機能が回復した場合の認定	人工関節置換術等の技術的制度が高まり、術後長期間にわたって安定して使用できるようになった場合は、外部に装着する義肢装具とは別扱いとし、置換術後の障害状況に応じて認定するように基準の変更を検討する。
	(6)両下肢機能障害の認定基準	①立位・歩行能力に着目した場合、一下肢の機能障害を単純に倍加しただけでは的確さに欠ける。②認定基準の歩行時間や距離の根拠が不明確である。という問題がある。両下肢機能障害のあらたな認定基準を検討し、それにあわせて、体幹機能障害の認定基準の修正が必要である。
心臓機能障害	(1)検査法	現状行われている心電図を中心とした検査法については、再検討の要望が多い。特に、心エコー、心臓カテーテルの導入をすすめる意見が多かった。 最近20年の医学検査法の進歩は目覚ましいものがあり、NYHA心機能分類、心電図、心エコー図、心・血管造影図、心筋シンチ、バイオマーカー、身体活動能力指数・6分間歩行テストなど、近年の検査法の進歩を反映させて検査法を検討することも考えられる。
	(2)ペースメーカー等体内装具の取り扱い	ペースメーカー植め込みや人工弁置換術等後にADLが改善した場合は、別の認定方法用いるべきであるという意見が多かったが、逆に、患者の基礎心疾患を重視して、1級認定が該当という意見もあった。 しかし、ペースメーカーの植め込みに関しては、植め込み前の状態やペースメーカー植え込み術後の依存状態により等級を決定することも考えられる。これについては、(1)とともに検討することが適当である。
	(3)急性期の認定	急性心筋梗塞や不安定狭心症など発症と同時に申請をする場合についての取り扱いについて明確にすべきであるというものである。症状固定後の認定とすれば更生医療の対象にならないが、同時申請を可能とすれば対象になる。都道府県で取り扱いが異なるところがあり、具体的に手術が決まっているのであれば手帳が交付されるようにするなど、取り扱い方法を明確にすることが求められている。また、その場合でも、更生医療が成功した後は障害に該当しなくなった場合は、手帳を返上することを制度的に保証する必要があるという意見もある。 身体障害者福祉法がリハビリテーションを目的とするものであれば、対象とすることで障害の除去、軽減に寄与する点からは対象にすべきであるが、対象を障害者とするのであれば、障害の永続性の観点から考えれば、対象にはならない。これらの議論は、身体障害者福祉法の理念にかかわるもので、制度的な議論に委ねたい。
呼吸器	(1)検査法	検査法の再検討については、多くの必要性が指摘された。特に、SpO2の活用についての意見が多かった。また、在宅酸素療法実施者に対する認定方法についての希望も多かった。近年の医学的検査法の発達や普及の現状をふまえて、

機能障害	(2) 2級認定	検査法を再検討することも考えられる。 2級認定の要望も多いが、内部障害が身辺活動の制限(1級)、家庭内活動の制限(3級)、社会生活の制限(4級)という区分がなされており、内部障害全体として2級の意味が明らかになるならば、検討可能であるが、現状で、単独の障害で2級を設定するには、検討材料が不足している。
腎臓機能障害	(1) 血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂	最も希望が多かったのが現状の血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂である。クレアチニン値は筋肉量や体格によって異なることから高齢者や女性には不利であるという意見が多かった。これについては、医学的進歩を反映した認定基準を検討する必要がある。
障害	(2) 慢性透析療法対象者は1級認定すること	都道府県調査では、終生透析を要する者はじん機能検査値にかかわらず1級にすべきであるという意見も多かった。逆に、透析療法により、健康者に近い状態で社会復帰している者も1級と認定することは疑問を感じるという意見もあった。 一律に対応することは、合理的に説明できるのかの問題があるので、これも(1)とともに慢性腎不全透析導入基準(厚生科学研究1991)など新たな基準を活用して改訂を検討すべきであると考えます。
ぼうこ直腸機能障害	(1) 「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」について	現状では、ぼうこう・直腸機能障害の認定において、「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」があることが要件になっているが、原因が制限されているために、同様の「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」があっても、ぼうこう・直腸機能障害に認定されない場合がある。例えば、産婦人科や泌尿器の手術に伴う神経因性膀胱は対象にならない。これに対して、完全尿失禁や永続的な摘便などの実態に着目して認定対象にすることを検討すべきであるという意見が多い。
機能障害	(2) 「完全尿失禁」の定義について	現状の認定基準では、「完全尿失禁」とは100パーセントのことか、カテーテル留置、自己導尿の常時施行、完全尿失禁以外の「その他」の場合、具体的にどういふ場合を「高度の排尿機能障害」と認定すべきか明確ではないという意見である。
	(3) 「完全尿失禁」でなく「著しい尿失禁」等を含めることについて	上とも関連があるが、高度の排尿機能障害の概念が不明瞭であることから、著しい尿失禁も含めるべきであるという意見が2件あった。
小腸機能障害	(1) 経腸栄養法を経管に限らず経口でも認めることについて	成分栄養剤の導入初期には、成分栄養剤はほとんど経管的に投与されていたが、現在は、フレーバー等の開発が進み、ほとんどが経口摂取するようになった。そのため、小腸機能障害認定基準として、「経腸栄養」の規定を変更する必要があるという専門医の意見があった。同様の意見は、都道府県認定医からも複数(3例)提起されている。また、QOLを考えて、経口栄養管理に切り替えてもその結果、認定基準から外れるという矛盾を生じているという主張もある。
	(2) 小腸の残存	現行の認定基準では、①小腸の残存部位の長さ、②中心静脈栄養の程度に

<p>部位の長さによる認定について</p>	<p>よって等級を判断している。</p> <p>しかし、残存小腸の長さを把握することは実務上も困難であり、残存小腸機能とは比例しないため、全身的な栄養状態(TR・アルブシン・微量元素)や ADL の評価が必要であるという意見がある。身長から算出した標準体重を維持するために必要なカロリーを経口摂取、経管栄養、中心静脈栄養でどのような割合で摂取できているかや、栄養状態、日常生活の質も加えるべきであるという意見も複数ある。</p>
-----------------------	--

表4-1-6 国立身体障害者リハビリテーションセンター生活訓練課で使用している評価法と担当者

	評価法	担当者
1	障害程度区分調査表	ケースワーカー
2	健康診断	医師
3	1次アセスメント表	利用者本人
4	アセスメント調査表	ケースワーカー、生活訓練士
5	S-M社会生活能力検査	ケースワーカー
6	バーセルインデックス	ケースワーカー
7	老研式社会生活能力検査	ケースワーカー
8	運動の実施にかかる自己式スクリーニング	体育教官
9	体育評価・運動負荷テスト	体育教官
10	訓練支援評価	生活訓練課訓練士
11	心理評価	心理担当

表4-1-7 1次アセスメント票

1 身体状況と健康に関すること

- 自分の障害名(疾病名)を言えますか。
- 障害を2つ以上お持ちですか。(肢体と聴覚など)
- 現在、治療中の病気がありますか。
- 定期的に通院している病院がありますか。
- 糖尿病と指摘されたことがありますか。
- 現在人工透析を行っていますか。
- 過去にてんかん発作を起こしたことがありますか。
- ・現在、薬を飲んでいますか。
- 夜は、よく眠れます。
- 体調面で心配なことがあります。
- 睡眠時間は十分に取れていますか。
- たばこを吸いますか。
- お酒は飲みますか。
- 薬品のアレルギーはありますか。

2 身辺管理と社会生活技術に関すること。

- 自分で食事ができますか。
- 食物アレルギーがあります。
- 食事の制限がありますか。
- 車椅子からベッドに移る、戻ることができますか。
- 整容(洗顔、髭剃り、歯磨き、髪の手入れ)ができますか。
- 自分一人で入浴ができますか。
- 自分で移動(歩く、車椅子)ができますか。
- 階段の上り下りができます。
- 衣類の着脱ができますか。(紐結び、ファスナー操作を含む)
- 排尿は自分でできますか。
- 排便のコントロールはできますか。
- 調理の経験がありますか。
- 自分で掃除をしていますか。
- ベッドメイキングは自分でできますか。
- 自分で買い物ができますか。
- お金は自分で管理できますか。
- 戸締まり、火の始末ができますか。
- 公共交通機関(電車、バス)の経験はありますか。

3 コミュニケーションと対人関係に関すること

- 文字が見えますか

普通に聞こえますか
しゃべることができますか。
手話ができますか。
読み書きはできますか。
パソコンはできますか。
電話(携帯電話も含む)はできますか。
『△又はできますか。
自分から他人に話しかけることができますか。
緊張や不安が強い方ですか。
家族とは良く話をしますか。
悩んだり落ち込んだりすることが良くありますか。
他人と仲良くできますか。
寮生活(集団生活)の経験がありますか。
神経質な方ですか。
相談相手はいますか。

4 生活基盤と家族支援に関すること

年金をもらっていますか。
年金以外に収入がありますか。
自分の家がありますか。
家族、親、兄弟がいますか。
緊急時の連絡先はありますか。
緊急の場合、身元引受人がいますか。
生活や訓練に対して家族の協力は得られますか。

5 就労に関すること

働いた経験はありますか。
アルバイトの経験はありますか。
体力に自信がありますか。
立位作業はできますか。
時間を守ることはできますか。
指導を理解して従うことができますか。
働く意欲はあります。
地元での就職を希望していますか。
一人で生活した経験はありますか。
健康管理には自信がありますか。
車の免許は持っていますか。

表4-1-8 心理評価

標準学力テスト 国語

標準学力テスト 算数

MMS記憶検査

TRAIL MARKING TEST

ベルテスト(末梢検査)

ベントン視覚記銘検査

線分2等分検査

花の描画

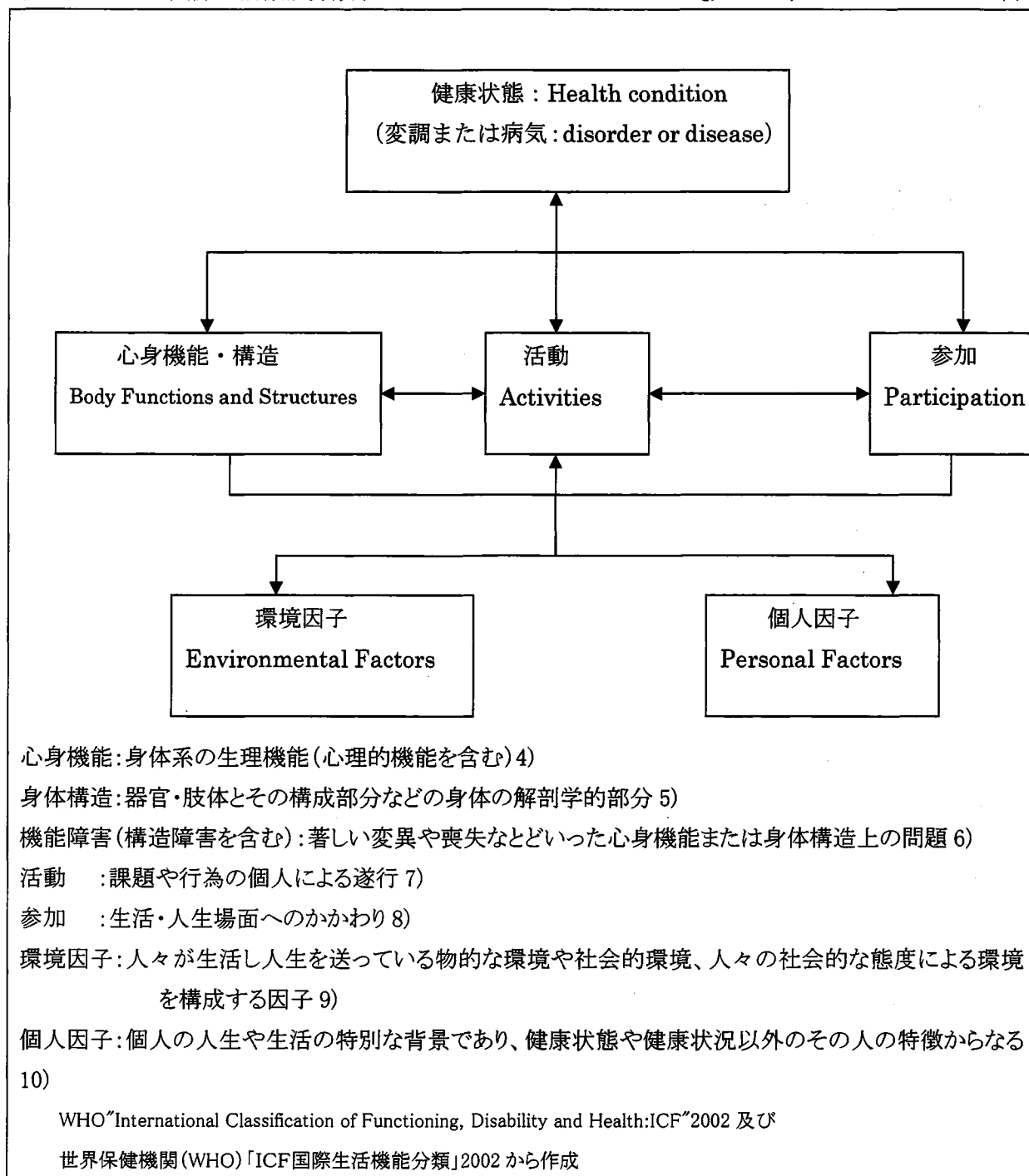
HDS-R

リバーミード

BADS

(ただし視覚障害の場合は用いられていない)

図4-1-1 国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health:ICF 2002年)



資料4-1-1 第7回障害統計に関するワシントングループ会議出席報告

江藤文夫(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

会議名 第7回障害統計に関するWG会議
開催地 アイルランド、ダブリン、ダブリン城内会議室
日時 2007年9月19-21日

議事メモ(詳細プログラムに沿って)

主催は国連ワシントングループ

運営協力(会場提供と設営、昼食と休憩サービス提供、会食会)は、アイルランド中央統計事務局)

参加は36カ国50名

* 運営の印象:参加国のうち USA から6名で、国立保健統計センターからの3名(Barbara Altman, Julie Weeks, Jennifer Madans)と国連統計事務局からの Jerry Banda がWGを仕切っている様子だった。

2007年9月19日

8:00-8:45 参加登録

第1部:開会セッション

目的:参加者歓迎;実際的情報提供、前回ウガンダ、カンパラでの会議以降のWGの作業に関する最新情報と発展;今回の会議の目的と議題の総括

座長:Gerry Brady(アイルランド)

報告者:Cordell Gorden(米国)

文書:1)第6回WG年次会議の幹事会要約;2)国連統計委員会への報告;3)その他リクエスト報告

9:00-9:30

1) 歓迎と開会あいさつ

演者: Gerry Brady;はじめに

公式開会:Jimmy Devins(国務大臣、障害問題とメンタルヘルス担当の保健小児部)

9:30-9:50

2) 第6回会議以降の発展総括;目的総括/第7回会議議題

演者:Jennifer Madans (USA)

3) 統計委員会報告/国連の障害に関する条約

演者:Jerry Banda(国連統計事務局)

第2部:拡大セット(Extended Sets)の開発

目的:拡大計測セットの開発に焦点を当てる。拡大計測法セットに関するWGの作業グループは拡大セットの提案/セットの正当性の特異化/判断点の同定について提示する。ユーロスタットの作業及びブダペスト主導の作業、この領域でのその他の作業の提示もある。

座長:Jennifer Madans (USA)

報告者:Cordell Golden (USA)とNorita Murphy(Ireland)

文書:1) Extended Set 提案;2) ユーロスタット(ヨーロッパ統計局);3)ブダペスト主導;4)UNESCAP プロジェクトサマリー;5)世界銀行提言

9:50-10:00

1) Extended Sets のセッションの概要

演者:Jennifer Madans (USA)

10:00-10:35

2) ユーロスタット・プロジェクト

演者:Howard Meltzer (英国)

拡大セット(Extended Sets)の認知質問紙 20 問の概要説明あり。

10:35-10:50 休憩

10:50-11:05

3) ブダペスト主導作業の概要

演者:Jennifer Madans (USA)

11:05-11:20

4) UNESCAP プロジェクト

演者:Wei Liu (UNESCAP、タイ)

BMF(琵琶湖ミレニアムフレームワーク)の原則「障害統計に関するデータ収集と分析における各国の能力を強化する」に沿った活動で、ICF アプローチによる障害計測をパイロット調査として 6 カ国において実施した。

11:20-11:35

5) 世界銀行プロジェクト

演者:Dan Mont (世界銀行)

11:35-12:30

6) 拡大質問紙セット

演者:Margie Schneider (南ア)

12:30-1:30

昼食

第 3 部:拡大セットの成分に関する公開討議と決定

このセッションはユーロスタット・グループの作業、ブダペスト主導、そして丁度始まろうとしている UNESCAP の作業を含めて現在進行中のその他の作業の背景で、拡大セットの提案を討議する機会を提供する。WG によって開発されるべき拡大セットの数やタイプについて、および WG はいかにしてその他のグループの作業と関連付けるかについて決定がなされる。

座長:Anne Good (アイルランド)

報告者:Cordell Gorden(米国)と Julie weeks (USA)

文書:

1:30-2:30

拡大セットの提案;

数;構造/拡大セットとの関連

a) 決定を必要とする問題の概要:Margie Schneider (南ア)

b) 各問題への提案の提示:Margie Schneider (南ア)

c) 問題の討議と次のステップ:ファシリテータ:Howard Meltzer (英国)

2:30-3:15

拡大セットの全般的な内容;

セット内での、および他の主導と short set との整合性

d) 決定を必要とする問題の概要:Margie Schneider (南ア)

e) 各問題への提案の提示:Margie Schneider (南ア)

f) 問題の討議と次のステップ:ファシリテータ:Howard Meltzer (英国)

3:15-3:30 休憩

3:30-4:15 つづき

拡大セットの全般的な内容;

セット内での、および他の主導と short set との整合性

- d) 決定を必要とする問題の概要: Margie Schneider (南ア)
- e) 各問題への提案の提示: Margie Schneider (南ア)
- f) 問題の討議と次のステップ: ファシリテータ: Howard Meltzer (英国)

4:15-5:15

作業構造の同定; 情報と作業者の源泉;

組織/作業負荷の分布; 時間予定

- g) 決定を必要とする問題の概要: Margie Schneider (南ア)
- h) 各問題への提案の提示: Margie Schneider (南ア)
- i) 問題の討議と次のステップ: ファシリテータ: Howard Meltzer (英国)

5:30-7:30

Chester Beatty Library でレセプション(国立障害局の好意による)

2007年9月20日

第4部: 小セット(Short Set)の予備テスト成績と改良のさらなる分析

分析と方法論課題の作業班(グループ)がウガンダでの第6回 WG 会議で必要とされた追加分析の結果を提示する。加えて、予備テスト結果の出版計画について討議する。

座長: Pamela Babukhonzo Kakande (ウガンダ)

報告者: Cordell Golden (USA) と Gillian Roche (アイルランド)

文書:

8:30-8:40

- 1) 第6回会議で必要とされた分析の概要
提示者: Dan Mont

8:40-10:45

- 2) さらなる分析法と目的の記載
提示者: Dan Mont (世界銀行、Kristen Miller 代、USA)
- 3) マクロ視点での記載
提示者: Dan Mont (世界銀行)
- 4) 応答過誤の検証
提示者: Dan Mont (世界銀行、Kristen Miller 代、USA)

WGによる計測法の分析の目的は、障害者数に関して広く障害者を同定するのにWG質問紙がいかに役立つかを評価すること; 各質問がその特異的なドメインにおいて期の敵困難をいかに捕らえているかを評価すること。質問紙の構成、各項目の正当性、妥当性、信頼性などパイロット調査データに基づく統計学的な解説。ぎょうせい、議員性の生じる理由と比率の算出など、多面的に分析し、小セットの有用性を実証した。

- 5) 第6回会議でベトナムより挙げられた課題の検証
提示者: Barbara Altman (USA)

10:45-11:00 休憩

第5部: 小セットの最新アクティビティ

小セットに関する作業班は質問セットの改訂を提示する; 上半身機能に関する代わりの(任意)質問の開発に関する作業; ふるい分けとしての小セットの利用に向けて

座長: Alicia Bercovich (ブラジル)

報告者: Cordell Golden (USA) と Margie Schneider (南ア)

文書: 1)上半身質問の提案

1) 改善と小セットへの追加

提示者:Barbara Altman (USA)

上半身質問への提案の討議

「1 ガロンの水の入ったボトルを棚の上に持ち上げる」という活動を提案し(前回以来、押したり引いたり、いくつかの上肢動作が議論されたいい)、討議した。普遍性を有する質問としての結論には至らなかった。

2) ふるい分けとしての小セットの可能性

提示者:Susan Stobert (カナダ)

ふるい分けとしての小セットの討議

12:00-1:00

昼食

第6部:各国経験

ここでは会員国(加盟国)での国勢調査における WG 質問紙の最新開発と履行に関する提示を行う。予定としては、アイルランド国勢調査;いくつかのパイロット調査、ブラジル、アルゼンチン、パラグアイの3カ国調査の結果所見の討議;ウガンダとタンザニアでのパイロット調査。別のセッションでは予定される国勢調査周期に向けて履行支援の必要性について討議する。

座長:Dan Mont (世界銀行)

報告者:Cordell Golden(USA)と Mitch Loeb (ノルウエー)

文書:

1:00-2:30

1) アイルランド国勢調査

提示者:Gillian Roche (アイルランド)

ICF 概念に基づく独自の障害計測法(MAP)と WHODAS(Disability Assessment Schedule) IIを用いた全国調査の報告と考察。

2) 3カ国パイロット調査報告

提示者:Alicia Bercovich (ブラジル)

3) ウガンダパイロット調査の報告

提示者:Pamela Kakande (ウガンダ)

4) タンザニアからの報告

提示者:Albina Chuwa (タンザニア) *取り消し?

*追加 中国からの報告:Xiaoying Zheng

追加質問紙:オーストラリアを含む6カ国調査から:Wei Liu (UNESCAP)

2:30-3:00

5) 履行課題

提示者:Alicia Bercovich (ブラジル)

6) 国連国勢調査周期

提示者:Jerry Banda (国連統計事務局)

3:00-3:15 休憩

*MHADIE(Measuring Health and Disability in Europe)欧州会議について案内

報告者:Matilde Leonardi (イタリア)

*上記セッション時間延長のため、イタリアからの案内に次いで、5)、6)

第7部:運営事項

あり方委員会の議長がWD執行課題の現状を提供する討議を司会する:あり方委員会の順番;第8回会議の日時と場所の告示とこの会議の目的決定;第9回会議の主催国の立候補要請;第7回会議の成果のまとめ;次のス

トップの概略;

座長: Barbara Altman (USA)

報告者: Cordell Golden (USA) と Margie Schneider (南ア)

文書:

3:15 (4:35) - 5:00

1) 作業の総括と次のステップ

提示者: Jennifer Madans (USA)

次回はフィリピン、マニラで 2008 年 10 月 21 日からまたは 29 日から。WG の活動は当初 5 年がめどで、昨年からの世界銀行からの援助は今後未定、活動継続のための資金のめど不明のまま。第 9 回は未定(晩餐会の席で、日本か中国が立候補すれば同じテーブルのみんな(スウェーデン、ベルギー、ノルウェー、デンマーク、オランダなど)で応援すると)。

今回の合意事項としては、①小セットの改訂版の確認、②拡大セットの目的、③複数のドメインが必要で、環境因子により活動制限も参加の制約も影響される、④拡大セットは今後さらに検討、⑤小セットの捕捉で上半身機能(持ち上げ)を議論したが合意には至らず、など。

謝辞: 会議準備の調達のための組織運営と会議場、ランチとコーヒー休憩、さらに晩餐会の提供に対してアイルランド中央党圭事務局に深謝したい。我々は、Gerry Brady と彼のスタッフである Bernie Ryan, Norita Murphy, Gillian Roche, Teresa McMenamin, Carol Judge にお世話いただき、すべてわたる献身と会議の成功に重要な貢献したことにお礼を申し上げる。

6:45-11:00 晩餐会

2007 年 9 月 21 日

第 8 部: 各国報告と国連調査

ここでは各国報告のまとめ; 他の WG および協力活動の最新情報について紹介する。

座長: Norita Murphy (アイルランド)

報告者: Mitch Loeb (ノルウェー)

文書: 1) 各国報告のまとめ

9:00-9:30

1) 各国報告のまとめ

提示者: Cordell Golden (USA)

報告国数は 33(アフリカ 3、アジア/太平洋 5、欧州 12、中央と南アメリカ 5、中東 3、北米 4)。2007 年に向けての新たな情報は 11 カ国(オーストリア、コロンビア、キューバ、ギリシア、アイルランド、日本、メキシコ、スロヴェニア、スウェーデン、ウガンダ、ヴェネズエラ)、昨年の更新は 18 カ国、前回同様は 4 カ国。調査に WG の小セットを使用するか問いに対して No が 21 カ国(63.6%)。これに対して何故かの議論があり、マニュアル作成や、活動の周知などが提案された。データ収集の間隔では、1 度きりが 3 カ国、毎年が 2 カ国、2-4 年が 2 カ国、5-10 年が 13 カ国(基本的には 5 年が多い)、不明が 13 カ国。その他。

9:30-10:30

2) 国連調査の報告

提示者: Jerry Banda (国連統計事務局)

次回の国勢調査に WG の障害モジュール/質問を含めるか(Yes, 38/65)、国連の国勢調査勧告に従うか(Yes, 25/38)、WG の障害調査質問紙を知っているか(31/65)、質問紙を使用する意思があるか(15/38)、などを送付し 65 カ国の回答があった。日本からの回答はなし(次回は小生宛に送ると)。

議事終了

10:30-10:45 休憩

*休憩後に 10:45-12:00 1)拡大セット作業班会議(公開)が予定されていたが、欠席した。しかし、Trinity College を散策中に、12 時前に多くの WG 会議参加メンバーに出会ったので、実質的討議は行われていないと推測。

Seventh Meeting of the Washington Group on Disability Statistics

September 19–21, 2007

Dublin, Ireland

United Nations Development Account Project in Asia and the Pacific

IMPROVEMENT OF DISABILITY MEASUREMENT AND STATISTICS IN SUPPORT OF THE BIWAKO MILLENNIUM FRAMEWORK AND REGIONAL CENSUS PROGRAMME

(Session 2(4) of the provisional agenda)

SUMMARY

This document contains the project document on improvement of disability measurement and statistics. ESCAP has received funding for the project from the United Nations Development Account for implementation during 2007–2009. The collaborating partners include the Statistics Division and the Division for Social Policy and Development of the United Nations Department for Economic and Social Affairs (DESA), the Washington Group on Disability Statistics, the World Health Organization (WHO), Economic Commission for Europe (ECE), the Budapest Initiative on Measurement of Health Status, and selected National Statistical Offices in the region. The project will facilitate the use of international statistical standards on disability measurement in censuses and surveys. It will take into account regional circumstances and promote political commitment and create technical capacity at national level. The meeting participants are invited to provide views, and support on the ESCAP's initiative for improving disability statistics in support of the Biwako Millennium Framework and Regional Census Programme.

*This project document has been submitted without formal editing.

Development Account: 5th Tranche

Project AB

Improvement of Disability Measurement and Statistics in Support of the
Biwako Millennium Framework and Regional Census Programme

PROJECT DOCUMENT

Statistics Division
United Nations Economic and Social Commission
for Asia and the Pacific

August 2007

TABLE OF CONTENTS

1.	EXECUTIVE SUMMARY	22
2.	BACKGROUND, LINK TO MEDIUM TERM PLAN AND THE MDGs.....	23
	2.1 Background.....	23
	2.2 Relationship to the Medium Term Plan and the MDGs	25
3.	PROBLEM ANALYSIS	26
	3.1 User Analysis	26
	3.2 Problem tree	22
	3.3 Objective tree	23
4.	OBJECTIVES, EXPECTED ACCOMPLISHMENTS AND STRATEGY	24
	4.1 Overall objective.....	24
	4.2 Expected accomplishments.....	24
	4.3 Activities	24
	4.4 Strategy for project implementation.....	26
	4.5 Relationship with other projects.....	28
5.	MONITORING AND EVALUATION	28
6.	EXTERNAL FACTORS.....	29
7.	IMPLEMENTATION ARRANGEMENTS	30
	ANNEX 1: SIMPLIFIED LOGICAL FRAMEWORK.....	31
	ANNEX 2: RESULT BASED WORK PLAN	34

1. EXECUTIVE SUMMARY

<u>Project Title:</u>	Improvement of Disability Measurement and Statistics in Support of the Biwako Millennium Framework and Regional Census Programme
<u>Duration:</u>	Two years (2007–2009)
<u>Location:</u>	Developing countries and countries in transition in ESCAP region.
<u>Executing Agency:</u>	Statistics Division, ESCAP
<u>Co-operating Agencies:</u>	DESA, the Washington Group, WHO, ECE, and SIAP
<u>National Counterpart Institutions:</u>	National Statistical Offices (NSOs)
<u>Approved by the General Assembly:</u>	Sixtieth Session, A/60/6 (Sect. 34)

Despite recent efforts and progress, disability statistics in most countries in Asia and the Pacific remain severely underdeveloped. The Biwako Millennium Framework for Action (BMF) calls for significant improvements in the availability, quality, comparability and policy relevance of disability statistics in the region. It is imperative to develop a unifying international approach for data collection through censuses and surveys, and to increase national political commitment and technical capacity to collect and disseminate better disability statistics.

Built upon the outcome of the previous ESCAP/WHO disability project conducted in 2004–06, this project aims to contribute directly to the improvement of disability statistics for formulating and evaluating national disability policies and programmes in support of the BMF in the region. It will combine development of standard measurements for disability data collection through pilot studies and analyses, with in-country advocacy workshops to raise awareness and commitment among a wide range of stakeholders, targeted training of statistical experts and health professionals to improve their technical capacity, country advisory services to support national data collection efforts, and the promotion of country-to-country cooperation and knowledge sharing.

The project activities will be executed over the years 2007–2009. The project will be implemented by the Statistics Division of ESCAP in close collaboration with the UN Statistics Division (UNSD) and Division for Social Policy and Development of DESA, the Washington Group on Disability Statistics, World Health Organization (WHO), Economic Commission for Europe (ECE), the Budapest Initiative on Measurement of Health Status, and selected National Statistical Offices (NSOs) in the region. The internal project partners within ESCAP are the Statistical Institute for Asia and the Pacific (SIAP), the Emerging Social Issues Division (ESID) and the Pacific Operation Centre. A Steering Committee will be set up to oversee the project design and implementation.

2. BACKGROUND, LINK TO MEDIUM TERM PLAN AND THE MDGS

2.1 Background

The Second Asia and Pacific Decade of Disabled Persons (2003–2012) will have its critical mid-point assessment in 2007. ESCAP member and associate member states will meet and assess the region's progress on implementation of the Biwako Millennium Framework for Action towards an Inclusive, Barrier-Free and Rights-based Society for Persons with Disabilities in Asia and the Pacific (BMF), and formulate strategies for the second half of the decade. The BMF rightfully recognizes that its goals cannot be achieved without better disability statistics. It acknowledges that a persistent lack of adequate information on the prevalence and needs of people with disabilities is the cause for the neglect of disability issues and inadequate development of national public policies.

Despite recent efforts and progress, disability statistics in most countries in the region remain severely underdeveloped. A small number of countries collect information on disability regularly through censuses or surveys. The limited disability data that currently exist often refer only to the most visible and severe forms of physical and mental impairment, thus grossly underestimate the prevalence of persons with disability. The international comparability of disability statistics in the region suffers from a wide variance of definitions, standards, and methodologies applied. In many countries, the technical capacity to collect, disseminate and analyze disability statistics is limited.

The BMF urges governments in the region to develop systems for disability data collection using the same standard for defining and classifying disability to allow inter-country comparison in the region (Strategy 8 and 9). The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (the Convention),¹ the first human rights treaty of the 21st century adopted by the General Assembly in December 2006, mandates collection of disability data to enable States Parties to formulate and implement policies to give effect to the Convention (Article 31). It also requires States Parties to comply with internationally accepted norms to protect human rights and ethical principles in the collection and use of statistics.

To improve the availability, quality, comparability and policy relevance of disability statistics in the region, it is imperative to develop a unifying approach that guides the data collection and technical capacity building initiatives. The WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), accepted globally as part of the United Nations family of social and economic classifications, provides such unifying framework. The ICF-based approach recognizes disability as a function of the interaction between personal attributes and the physical and social environments one lives in. It allows the collection of data on both the prevalence and the needs of persons with disabilities, and thus provides a common ground for organizing all information related to disability into a national disability information system.

In response to the direct call of BMF and the specific needs in the region, ESCAP, together with WHO and the support from the Government of the Republic of Korea, successfully developed and implemented a two-year (2004–2006) project on disability measurement and statistics. The project targeted a small group of interested countries and focused on raising awareness of the ICF approach in the region, contributing to developing standard data collection instruments for census and survey through pilot testing proposed disability question sets, establishing regional forums for training and knowledge sharing through workshops, and producing the first Training Manual on Disability Statistics for use in wider technical capacity building activities.

ESCAP's work on disability measurement and statistics is part of its efforts to implement the action required to achieve the BMF targets, and to strengthen national capacity to produce better statistics. It is built

¹ The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, <http://www.un.org/disabilities/convention/>.

on a clear mandate and unique role of ESCAP Statistics Division as a regional statistical office in facilitating the development and implementation of international statistical standards, particularly in strategic areas where there is urgent policy demand for better data while international standards are yet to be fully developed. This regional effort is therefore strongly linked to the current international initiatives in improving disability measurements and statistics.

The 2004–06 project succeeded in creating interest and momentum among target countries to incorporate the ICF approach into regular disability data collection. Statisticians and health professionals from around 20 countries in the region were exposed to the ICF approach, and a small group of national experts became important local resources for its wider implementation. Pilot tests provided a valuable pool of empirical evidence based on which further tests and analyses may be carried out to facilitate the formulation of regional recommendations and international standards. A training manual was produced and used in regional training course offered by SIAP². A number of core countries are currently preparing to include disability in the next census or disability surveys.

However, project participants expressed strong national needs for further promotion of the ICF approach, in particular among a wider range of national stakeholders including policy makers, and for building national technical capacity for its implementation. They stressed the urgency to fully develop regional guidelines and international standards for census and survey-based disability data collection, and requested targeted training, technical assistance and advisory services in designing and implementing ICF-based data collection as well as in analyzing and disseminating data on disability. They also recognized the importance of the upcoming 2010 census round as a critical source of better information on disability prevalence and as the basis for developing disability surveys to collect more detailed statistics on basic care needs, environmental constraints and participation in society of persons with disabilities, and urged ESCAP to promote and support national disability data collection through them.

Built on the momentum, and by addressing the continuing regional challenges, this project is designed to further promote the improvement of disability measurement and statistics by intensifying efforts to linking up to the ongoing global initiatives on promoting disability data collection through the upcoming censuses, and on developing standard survey-based data collection instrument.³ It will pursue, in close partnership with key international agencies and national statistical offices, a combination of activities to maximize its impact. These activities range from country pilot tests of standard question set, in-country advocacy workshops, targeted advisory services, to developing knowledge management tools and establishing regional network of national experts to facilitate country-to-country cooperation.

² First SIAP regional course on Disability and Health Statistics, Iran 2 - 6 December 2006.
http://www.unsiap.or.jp/completed_prog/complete_outreach.htm

³ The current work plan of the Washington Group on Disability Statistics, reviewed and approved by the UN Statistical Commission in March 2007 – integrates some of ESCAP's proposed project activities, especially in the area of pilot study of survey-based extended question set and subsequent analyses.

2.2 Relationship to the Medium Term Plan and the MDGs

This project is linked directly to the Medium Term Plans of ESCAP Sub programme 2: Statistics, with particular reference to its national statistical capacity building component in the work programme. The expected achievements of the project will contribute towards ESCAP Sub programme 8: Social Development including persistent and emerging issues, especially its work programme on promoting the achievements towards the BMF targets.

The project is also linked to DESA Sub programme 3: Social policy and development. Its activities can be integrated directly into the work plan of the Washington Group on Disability Statistics, as proposed at this year's UN Statistical Commission (E/CN.3/2007/4). It also supports WHO's long-standing efforts to promote understanding and application of the ICF framework in collecting and disseminating better statistics on disability for developing and monitoring national disability policies and programmes.

The project is closely linked to ESCAP's work on promoting the achievement of the Millennium Development Goals in the region, particularly in poverty reduction and gender equality. According to a WHO's estimate, approximately 400 out of the world's 650 million persons with disability live in Asia and the Pacific. People with disabilities are often among the poorest, and poor women with disabilities often have to endure multiple burdens and severe discrimination. Better disability data helps increase the understanding of the relationship between disability, poverty and gender inequality, and promotes formulation and evaluation of appropriate public policies and programmes. The project also contributes directly to develop a unifying international approach for data collection through censuses and surveys, and to increase national political commitment and technical capacity to collect and disseminate better disability statistics. In this connection, this project will contribute to assist member States to give effect to the Convention on Rights of Persons with Disabilities which requires States Parties to comply with internationally accepted norms to protect human rights and ethical principles in the collection and use of statistics.

Through this project, ESCAP, as the lead agency, aims to fulfil the following regional and global mandates and action plans, including those related to the MDGs:

1) General Assembly (GA) 60/1, 2005 World Summit Outcome recognized "the need for persons with disabilities to be guaranteed full enjoyment of their rights" (para.129) and encourages "South-South cooperation" initiatives (para.40-42), reaffirming the United Nations Millennium Declaration and the MDGs.

2) General Assembly (GA) 61/106, 2006, the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Article 31: collection of disability data to enable States Parties to formulate and implement policies to give effect to the Convention.

3) Economic and Social Council (ECOSOC) Resolution 2005/13 on the 2010 World Population and Housing Census Programme, recognized the increasing importance of the 2010 round of population and housing census for meeting data needs for the follow-up activities to the Millennium Summit.

4) ESCAP Resolution 58/4 of 22 May 2002 on promoting an inclusive, barrier-free and rights-based society for people with disabilities in Asia and the Pacific region in the 21st century (BMF), and ESCAP Resolution 61/8 of 18 May 2005 entitled "Mid-point review of the implementation of the BMF," in which governments in this region emphasized the need to "strengthen national capacity in data collection and analysis concerning disability statistics to support policy formulation and programme implementation."

5) ESCAP Resolution 62/10 of April 2006, Strengthening Statistical Capacity in Asia and the Pacific, in which governments in the region requested that the Commission assist member and associate member states to develop their statistical systems, strengthen their capacity to collect, compile, process, analyze, disseminate and use official statistics, and to facilitate the development and implementation of international statistical standards in the region.

3. PROBLEM ANALYSIS

3.1 User Analysis

The primary beneficiaries of the project are National Statistical Office staff, health professionals involved in disability data collection and policy makers. These stakeholders will be both beneficiaries and partners of the project.

The project will also benefit a wider range of national and international users of data on disability, both within project countries and partner agencies and beyond. This broader influence will result from the wide applicability of the standards, methodologies and best practices promoted by the project, and from the usefulness of the resulting disability data collected according to international standards and disseminated for both national and international disability policy analyses, formulation and evaluation.

User groups connected to or influenced by the project

User groups of the project include

- National Statisticians and health professionals of the participating countries, who are responsible for collecting, analyzing and disseminating data on disability. Through participation in the project, their understanding of the ICF-based approach for disability data collection will be increased and technical capacity for collecting, disseminating and analyzing disability data improved. National statisticians in project countries will also have the opportunity to contribute directly to the development of international standards and guidelines. Some of them may become members of a regional network of national experts, to be established under this project, to provide country-to-country technical support and contribute to knowledge sharing among countries in the region. They are the direct beneficiaries of all project activities.
- Policy makers, who need to rely on better data to formulate appropriate disability policies and programmes, assess impact and monitor change. They are both direct and indirect beneficiaries, involved in some of the project activities such as in-country advocacy workshops and in the use of the resulting data and analyses. Policy makers will benefit from new data that better reflect the daily life experience and needs of persons with disabilities. Inclusion of policy makers in census and survey planning will enhance their ownership of the data and increase their interests. Consequently, strengthened political will to address policy issues related to disability will lead policy makers to allocate more resources for the sustainable statistical development and data collections in this area.
- National, regional and international researchers, academics who use the resulting data for analyses and advocacy to promote proper policies and programmes. Organisations, such as Handicap International and Self Help Organizations, will also be project partners, playing a role in helping develop better standard measurements and in advocating for better disability statistics. Successful implementation of the project will be mutually beneficial for all.

- International agencies that promote the development and adoption of international standards and methodologies, and produce internationally comparable data series based on national data. Through pilot study; continued research and knowledge sharing, a common understanding and an international measurement standard for disability data collection will be attained. Increased availability and comparable data on persons with disability will ensure inclusion of disability data in global and regional databases established and maintained by these agencies. Thus, they are both partners and indirect beneficiaries of the project.

Meeting the needs of users

Each group of users has distinct needs, which require that the project adopt an integrated approach to meet their needs.

- Policy makers, in general, need to better understand the importance of information on disability and use the data for evaluating situations, assessing needs, monitoring the changes and developing national plans and policies on disabilities. Their understanding will lead to increased government support for disability data collection and dissemination. This need has been repeatedly expressed by national statistical experts and health professional from countries in the region. To meet this need, this project will conduct in-country advocacy workshops in project countries on the ICF-based approach for national data collection, dissemination and use. Such in-country workshop will allow the project to reach a wider range of national stakeholders than through the usual type of regional workshops. The project will also seek opportunities through other regional forums, such as meetings organized under ESID's BMF project, to advocate for the importance of ICF-based data collection and dissemination among policy makers.
- National statistical experts require international guidelines and technical assistance in applying ICF-based approach in national data collection, dissemination and use. To improve national technical capacity in these areas, the project will devote resources on developing standard instrument for survey-based data collection on disability through pilot studies, promoting national data collection through the upcoming population censuses, providing technical guidelines and self-learning training materials, documenting best practices, and offering regional workshops for knowledge sharing and country advisory services.
- Researchers, academics, civil society, NGOs such as Disabled People Organizations and other public users are in need of timely and comparable statistics on disability and should have proper understanding of the data and its potential use. To meet their needs, the project will develop a web-based knowledge management tool for promoting the understanding and implementation of the ICF approach to disability data collection, dissemination and analysis. This web-based tool will compliment the training manual with additional instructive references, examples of best practices, and other advocacy and technical background materials. Moreover, an on-line forum on disability statistics and study will be revitalized and expanded through this project to include both national statisticians and health professionals.

Sustainability as a result of the project implementation

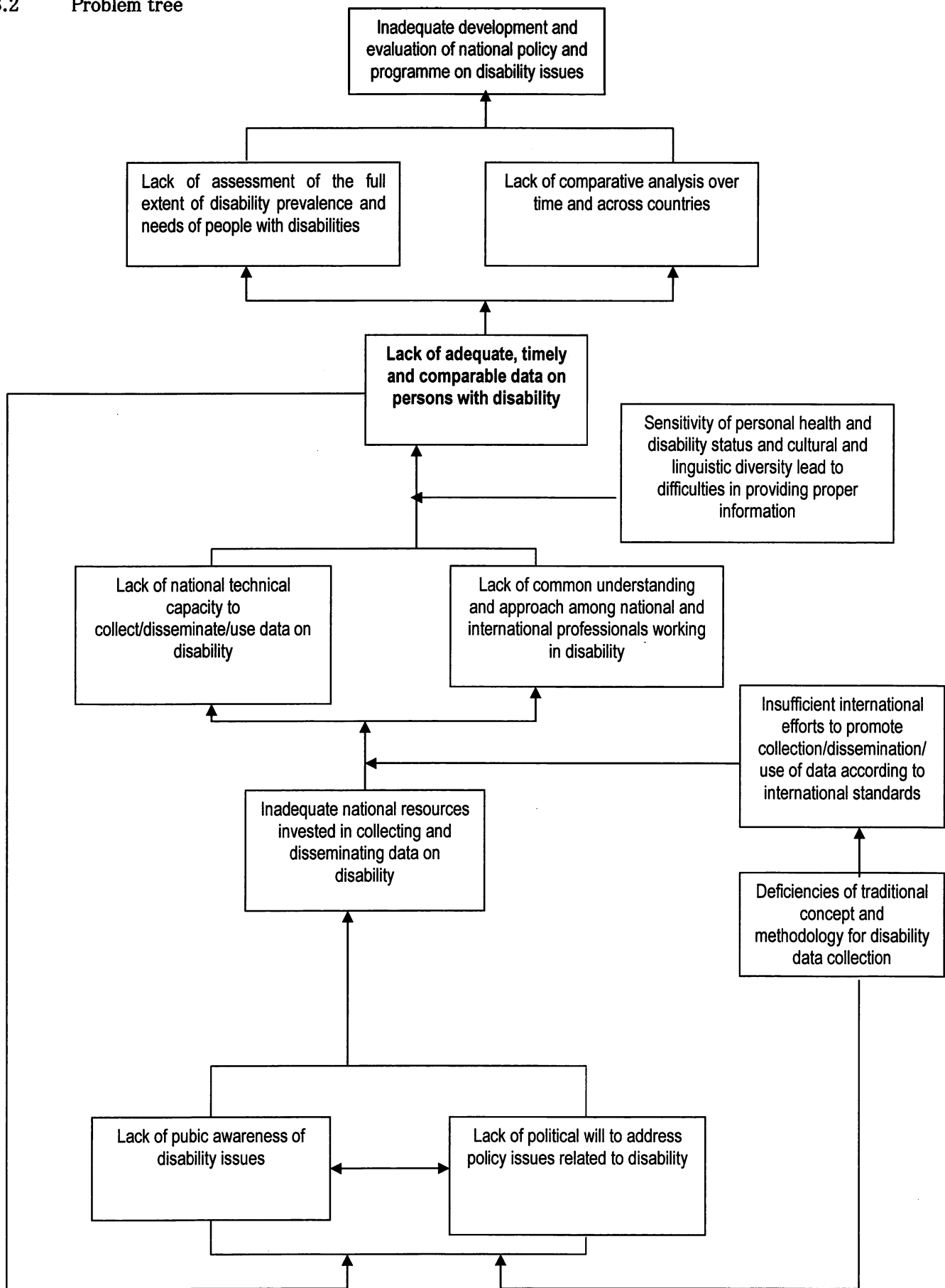
The outcome of the project for the participating countries will be an improved national disability information system, which will provide the necessary disability statistics for formulating and evaluating evidence-based national disability policies and programmes to integrate persons with disabilities into society. With improved national technical capacity, participating countries will be able to produce relevant and comparable disability data more regularly, which in turn will increase the ability of governments to monitor

progress towards national and the BMF targets. Benefiting from international standards to be developed under the project and increased understanding of the benefit of ICF-based data, countries will be more willing to continue disability data collection and dissemination on a sustainable basis after the completion of the project.

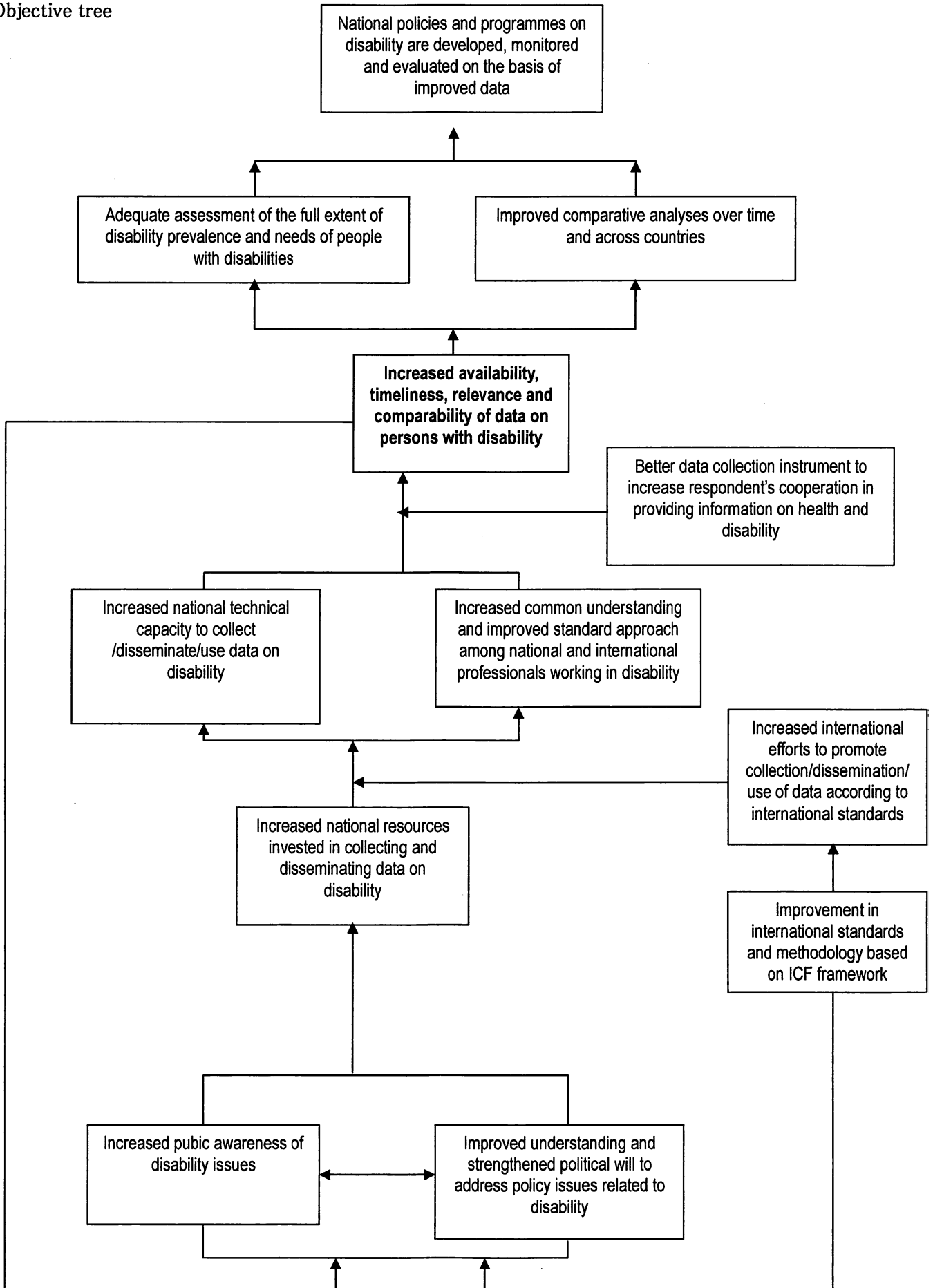
Non-project participating countries in this region will also benefit from the project implementation. It is expected that the project will act as a catalyser for the adoption of the ICF-based approach for disability data collection in more countries, thereby contributing to the “snowball” effect on the improvement of disability statistics in the region. Not only the web-based knowledge management tool will be useful to all countries, but the regional network of national experts from participating countries, including women and persons with disability, will be established through this project to facilitate knowledge sharing and technical cooperation among countries in the region.

This project will rely on existing regional cooperation and partnership with leading partner agencies, including the WHO, the Washington Group, SIAP, DESA and some NSOs (such as Australia and the Philippines), and new partnership with the Budapest Initiative on Measurement of Health Status. While these partners will provide critical technical guidance and inputs into the project design and implementation, the project outputs will, in turn, provide feedback into the continuing process of international methodological development in the field. The project objective and activities are consistent with the on-going efforts by the partner agencies, so a continuity or expansion of the project activities beyond the current phase is highly probably.

3.2 Problem tree



Objective tree



4. OBJECTIVES, EXPECTED ACCOMPLISHMENTS AND STRATEGY

4.1 Overall objective

Target countries have integrated ICF-based data collection on disability into their regular national statistical systems, thereby improving availability, quality and comparability of disability statistics to support policy formulation and promote implementation of the BMF.

4.2 Expected accomplishments

The implementation of the project is expected to result in:

1. Improved understanding of the ICF approach to disability measurement by NSOs, health professionals and policy makers in the region.
2. Increased national technical capacity for collecting disability statistics in accordance with ICF standards and regional guidelines for national censuses and surveys, which also reflect gender concerns.
3. Increased knowledge-sharing and joint activities among ESCAP members in the field of disability statistics.

4.3 Activities

The project will achieve its expected accomplishments through an integrated approach by combining development of standard measurement tools for disability data, collection, pilot studies and analyses, with in-country advocacy workshops to raise awareness and commitment among a wider range of stakeholders, targeted training of statistical experts and health professionals to improve their technical capacity, country advisory services to support national data collection efforts, and the promotion of country-to-country cooperation and knowledge sharing. These activities are designed to address the needs of countries in the region, expressed explicitly at regional workshops or other forums organized under the previous ESCAP/WHO project. The central effort of the current project will, to the extent possible, focus on developing standard measurement for collecting disability data through surveys, including post-census surveys.

While the specific design and concrete implementation plan will be established during the proposed Project Preparatory Phase, the proposed activities are as follows:

Under the expected accomplishment (EA) 1

Advocacy for ICF approach among a wide range of stakeholders

A1.1 Conduct six (6) in-country advocacy workshops in project countries, i.e., those who will conduct pilot test of proposed survey question set (see activities under EA 2), on the ICF and its implementation for disability data collection and analysis. These workshops will include a broad range of stakeholders, national statisticians, health professionals, policy makers and other relevant data user groups. These workshops may be

organized in connection with advisory missions by project consultants in preparation of pilot tests (see activities on pilot tests and country advisory services) and/or in-country training requested by countries.

Promoting disability data collection through the upcoming censuses

A1.2 Organize a small-scale regional workshop on the current UN global recommendations on census-based disability data collection and dissemination. This activity will help promote the integration of disability in the upcoming 2010 round of census, which provides a critical opportunity to obtain better data on disability prevalence and a necessary basis for conducting disability surveys, including post-census surveys. Participating countries will be those who plan to include or are considering to include disability topic in the next census, identified through an upcoming survey of national census plans, to be conducted by ESCAP Statistics Division under the Regional Census Programme.

Developing knowledge management tools

A1.3 Develop and disseminate an interactive CD-ROM version of the ESCAP/WHO Disability Statistics Training Manual produced under the earlier project. The CD-ROM version will facilitate training and will be accessible for persons with disabilities.

A1.4 Develop a web-based knowledge management tool to promote the understanding and implementation of ICF-based disability measurement development, and data collection and dissemination. This web-based tool will compliment the training manual with additional instructive references, examples of best practices, and other project background materials. It may also include on-line discussions on specific technical issues among regional and international experts to facilitate knowledge sharing.

Under the expected accomplishment (EA) 2

Developing survey-based standard measurement

A2.1 Develop an extended set of questions for survey-based data collection on disability, to be tested and refined through country pilot studies in the region to formulate an empirical basis for establishing international recommendations on standard survey instrument for disability data collections. The objective is to develop survey-based standard instruments that offer practical solution to facilitate national efforts to include disability data collection in regular statistical data collection activities. The development of the question set will be integrated into the work plan of the Washington Group as approved at this year's UN Statistical Commission.

A2.2 Develop standard protocols for country pilot tests on the proposed survey-based question set (including technical guidelines for survey preparations and sampling requirements) and subsequent data analyses plan.

A2.3 Organize one pre-pilot test regional workshop with participants from the project countries to establish a collective understanding of the objectives and guidelines for pilot testing. The workshop will provide an opportunity for project countries to discuss with ESCAP and other project partners relevant technical and logistic issues – either common or country-specific – to ensure successful implementation of country pilot studies.

A2.4 Conduct pilot tests of the proposed survey-based extended set of questions on disability in 6 ESCAP member countries, including at least one Central Asian country and one Pacific Island country. Pilot tests are to be designed to ensure that, to the extent possible, the relationship between gender and disability is covered.

A2.5 Produce joint analyses by key project partners of pilot test results to refine the proposed

survey-based extended question set and formulate a basis for establishing international recommendations. The joint analysis will be conducted in cooperation with project countries to make it an opportunity for further national technical capacity building on disability data collection and analyses. The project partners will seek to publish the results from the joint analyses in a leading international journal or at relevant open forums to inform national and international discussions on improving disability measurement.

A2.6 Conduct one post-pilot study workshop to review pilot test results and refine the proposed survey-based standard instrument for disability data collection. The workshop will include project countries and other interested countries in the region, thereby extending the opportunity of knowledge-sharing and technical capacity building among a wider range of countries in the region.

Under the expected accomplishment (EA) 3

Establishing a regional network of experts

A3.1 Establish a regional network of national experts on ICF-based approach to disability data collection and dissemination to facilitate country-to-country technical cooperation. This pool of experts, who were trained either under the previous ESCAP/WHO project or through the various activities of the current project, could serve as the resource person for country advisory services or other country capacity building activities on disability statistics in the region.

Providing country advisory service

A3.2 Advisory missions to provide assistance to countries with data collection design in accordance with ICF standards and conduct pilot study data analysis; where possible, advisory missions will also be conducted on occasions of in-country training workshops for a wide range of stakeholders to complement SIAP sub-regional training courses. Advisory missions are determined by needs as specifically expressed by countries and will particularly target those with upcoming population censuses or disability-related surveys. Advisors who conduct missions should have sufficient knowledge of relevant gender issues.

4.4 Strategy for project implementation

The over strategy of the project will build upon lessons learned from the previous ESCAP/WHO 2004-06 project on "Improvement of Disability Statistics and Measurement in Support of the BMF" led by the Statistics Division of ESCAP. Due to the strong policy relevance for the region, the previous project made a strong and positive impression on the process of developing member countries' national statistical systems through close collaboration with ESCAP's internal partner of Emerging Social Issues Division. The project was implemented successfully through an integrated approach, combining pilot studies and regional recommendations with advocacy, training, and country advisory services. It was also clearly shown that close collaboration on methodological issues with international partners was an imperative component to ESCAP's overall strategy. This international partnerships need to be expanded and strengthened.

The project implementation will be guided by the following specific strategies.

Focus on developing survey-based standard measurement. While the project is designed to pursue a combination of activities, ranging from advocacy to knowledge management, based on the country needs in the region, its core resources will be devoted to the development of standard measurement for collection of disability data through surveys. This strategy reflects the current focus of the ongoing global initiatives and extends naturally from the emphasis of the 2004-06 ESCAP/WHO project on census-based questions. The extended set of survey-based question will be based on the ongoing global initiatives, including the question sets tested in the previous ESCAP/WHO project and the short census question set promoted by the Washington Group. In

accordance with the ICF, the extended set should capture disability as a universal and multi-dimensional experience by eliciting data about functioning levels in multiple life areas. This will allow more adequate identification of the prevalence and needs of people with disabilities.

Rely on close partnership. The project activities will be designed and implemented through close partnership between ESCAP and other international and national partners, including DESA, the Washington Group, WHO, the Budapest Initiative on Measurement of Health Status and ECE and selected national statistical offices in the region, and with ESCAP internal partners, mainly the Emerging Social Issues Division (ESID) and SIAP⁴. Through the earlier ESCAP/WHO disability project, ESCAP has established strong cooperation with many of these partners. Our common vision and complementary technical capacity provides a solid basis for the successful implementation of the current project.

From project preparatory phase to active implementation. The initial five months of the project will be devoted to a Project Preparatory Phase, during which a detailed project design and implementation plan will be mapped out with the assistance of a wider group of leading experts. The preparatory phase is essential for key international partners and national experts to jointly develop a proper set of standard instrument (and related technical guidelines) to be pilot tested and refined through the project, and to collaborate effectively on the other main project activities.

From target group to “spill-over” effect. The target group of the project are project countries undertaking pilot test of the proposed survey-based standard instrument, selected on the basis of expressed country interest and technical “readiness.” These countries will benefit from the full range of proposed project activities, including in-country advocacy, technical support through advisory services and regional workshops for project planning and knowledge sharing. However, the project will reach wider influence through three main mechanisms: (1) the participation of countries beyond the project countries in regional workshops, such as the workshop on census data collection and the post-pilot study workshop; (2) access to the web-based knowledge management tool and interactive training manual; and (3) the potential use of the regional network of national experts, trained through the project, for country-to-country technical cooperation. In identifying project countries and other participating countries, special attention will be given to ESCAP priority countries, including those in the Pacific region and from Central Asia.

Promote country-to-country technical cooperation. A regional network of national experts on ICF-based disability data collection – trained through the earlier ESCAP/WHO disability project and the current project – will be established through this project. Through this network of national experts, the project aims to promote country-to-country technical corporations, especially South-South corporations, to expand the knowledge base in the region and improve national technical capacity for ICF-based disability data collection through efficient use of local expertise.

⁴ The ICF-based training activities in the region (sub-regional or in-country) will be managed and implemented by SIAP, therefore not included in this project.

4.5 Relationship with other projects

The current project is an integral part of ESCAP's wider effort to promote the implementation of the Biwako Millennium Framework for Action for the Decade of Disabled Persons (2003–2012). Its precedent, the 2004–06 joint ESCAP/WHO disability project, was born directly out of the call of BMF, and itself is closely linked to the Japan-funded on-going project "Towards the Regional Mid-term Review of the Implementation of the Biwako Millennium Framework for Action for the Decade of Disabled Persons (2003–2012)," led by the ESID. It will continue to be guided by the policy framework of the ESID project and aim to directly support the ESID project through both close collaboration on the preparation for regional meetings on monitoring and implementation of the BMF and the expected impact of the project on improving disability statistics in the region.

There will also be further collaboration with ECE in its efforts to strengthening national statistical capacity in producing health statistics, including disability statistics, among Central Asian countries. Currently, ECE is implementing a Development Account project on strengthening statistical capacity among member countries of the UN Special Programme for the Economies of Central Asia (SPECA) to monitor demographic, social and economic progress toward the implementation of the Millennium Declaration. Beneficiary countries are Azerbaijan, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan, Uzbekistan, and partially Afghanistan. The project focuses on three statistical areas – population and social conditions, health status of the population and economic development. In this connection, ECE has already collaborated with the Statistics Division of ESCAP in conducting a training workshop on disability statistics for SPECA countries in December 2006. At this workshop it was agreed that, based on expressed country interest, this current project would include as least one SPECA country in the pilot study and, to the extent possible, include other countries in the planned regional workshops. Another workshop on health statistics is scheduled to take place in November 2007 which will include follow-up discussions on disability statistics and provide an opportunity to identify a project country from the region for this project. Moreover, ECE Statistics Division has strong experience in disability measurement research and lends itself nicely as one of the key partners for the current project.

The Washington Group, in its current work plan approved by the UN Statistical Commission in March this year, clearly identified ESCAP as a partner in joint research and work on developing survey-based standard instrument. Its shift of focus from census to survey-based measurement development and plan to increase involvement in training and dissemination activities are consistent with this proposed project. As a project partner for the earlier ESCAP/WHO project, ESCAP and the Washington Group have developed stronger collaboration over time, and are both committed to work together to promote the development of international standards through the current project.

5. MONITORING AND EVALUATION

The project will adopt the following complementary measures for monitoring progress and evaluating impact.

Monitoring

While ESCAP will be the lead agency in managing the project implementation, a small Steering Committee overseeing the overall project design and implementation would be set up. The Committee would include representatives from DESA, WHO, the Washington Group, ECE, the Budapest Initiative and a selected number of NSO experts. In addition to occasional face-to-face meetings, the Committee will primarily

communicate through email or teleconference for periodic project updates, and discussions and decisions on issues related to project operation and possible adjustments.

ESCAP will prepare regular updates and submit to the Steering Committee for review and discussion. These updates will draw the attention of the Steering Committee to any emerging issues to be addressed and/or the need for project adjustments, and request decisions from the Committee for subsequent actions.

Evaluation

During the Project Preparatory Phase, a more detailed evaluation plan will be developed. Currently we propose that the expected achievements of the project be verified with simple indicators, as described in the Simplified Logical Framework (Annex I). According to the type of project activity, specific information will be collected for project evaluation. For example,

- Workshop evaluation questionnaires will be used for assessing the impact of the advocacy/training workshops. Pre-workshop and post-workshop surveys will be carried out, using the questionnaire with specific questions on the contents of the workshops in order to evaluate whether a significant increase in knowledge of participants achieved or not.
- Survey of national statistical activities and publications through questionnaires or review of national statistical reports will be carried out to determine the impact of the activities in pilot studies, advocacy and advisory services. Comparison analysis between project countries and non-project countries will be carried out in this regard.
- Country reports of participating pilot countries will be used to assess the quality of the specific project activity.
- Website access log will be used to evaluate the usefulness and extent of outreach of the knowledge management tool.

An overall substantive project evaluation is set to take place at the end of the project period.

6. EXTERNAL FACTORS

The project is expected to achieve its objectives on the assumption that national governments, institutions and local authorities give sufficient priority to disability issues and are willing to provide the necessary support for statistical activities on disability.

It is also assumed that (i) the interest of targeted beneficiaries in issues related to disability is sustained; (2) regional and international technical support for country project activities remains adequate; (3) project activities are in line with level of statistical development and national statistical priorities; 4) project participating countries are committed to carry out designed activities; 5) governments and NSOs are willing to share information and country experiences with other countries and regional and international partners; and 6) appropriate national statistical staff are nominated for participating in project activities and retained in the system to implement planned project activities and to provide sustainable technical capacity in national statistical offices.

7. IMPLEMENTATION ARRANGEMENTS

The Statistics Division of ESCAP will be the lead agency responsible for the management of the project, overseen by a Steering Committee comprised of key project partners and national experts. ESID will be the internal collaborating partner, providing policy guidance for the project and updates on the data needs related to the BMF. It will also be invited to provide direct inputs in the design of advocacy workshops and in the relevant regional workshops proposed under this project to address disability issues from social policy perspective.

Other internal partners include SIAP, who is responsible for developing and implementing relevant sub-regional and national training programme on disability statistics.

The Statistics Division of ESCAP will implement the project in close partnership and collaboration with external partners, including DESA (Statistics Divisions and Division for Social Policy and Development), WHO, the Washington Group, ECE, the Budapest Initiative and selected NSOs on designing and implementing the whole range of project activities. Experts from these partner agencies will provide technical inputs and serve as resource persons.

Project assistant/consultants will be hired to provide specific support for the implementation of various project activities, including: (1) designing survey-based standard question set; (2) designing pilot study protocols; (3) conducting pilot studies in project countries; (4) developing pilot study analysis plans and carrying out joint research; (5) designing and conducting in-country advocacy workshops; (6) assisting with regional workshops and follow-up activities; (7) providing advisory services to countries; (8) creating an interactive CD-ROM version of the Disability Statistics Training Manual, and (9) assisting in developing the web-based knowledge management tool.

Other potential partners and resources include international NGOs, such as the Handicap-International, who is designing and implementing disability data collection in selected countries (e.g., Afghanistan and Cambodia) in this region.

ECE has long involvement in the measurement work on disability and is ESCAP's partner in technical cooperation projects for SPECA countries. This project provides an opportunity for further collaboration with ECE to implement the project activities in SPECA countries. Moreover, there will also be possible collaboration with the Secretariat of the Pacific Community (SPC) and ESCAP's Pacific Operation Centre in Suva, Fiji on project implementation in the Pacific region.

ANNEX 1: SIMPLIFIED LOGICAL FRAMEWORK

Intervention Logic	Indicators	Source of verification	Risks/Assumptions
<p>Objective: National disability policies and programmes, following the BMF and other international development goals, are developed, implemented and monitored on the basis of improved disability statistics in the Asian and Pacific Region.</p>			
<p>Expected Accomplishment (EA)1 Improved understanding of the ICF approach to disability measurement by NSOs, health professionals and policy makers in the region.</p>	<p>1) Increased number of participating NSOs using ICF standards and regional guidelines in national censuses and surveys, comparing to the non-participating countries.</p> <p>2) At least 80% of workshop participants who indicate that their knowledge and understanding have increased, through pre-workshop and post-workshop surveys, using the questionnaire with specific questions on the contents of the workshops.</p>	<p>1) Workshop and training records.</p> <p>2) Records of pre and post workshop questionnaires.</p> <p>3) NSOs' work plan and programme activities.</p> <p>4) CD-ROM Users' surveys.</p> <p>5) Website access logs.</p>	<p>1) Sustained interest of targeted beneficiaries in issues related to disability.</p> <p>2) Regional and international technical support for country project activities remains adequate.</p> <p>3) Project participating countries are committed to carry out designed activities.</p> <p>4) Governments and NSOs are willing to share information and country experiences with other countries and regional and international partners.</p> <p>5) Appropriate national statistical staff are nominated for participating in project activities and retained in the system to implement planned project activities and to provide sustainable technical capacity in national statistical offices.</p>
<p>Main Activities contributing to EA1</p> <p><i>Advocacy for ICF approach among a wider range of stakeholders</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Six in-country workshops on the ICF and its implementation for disability data collection and analysis. <p><i>Promoting disability data collection through the upcoming census</i></p> <ul style="list-style-type: none"> A small-scale regional workshop on census-based disability data collection. <p><i>Developing knowledge management tools</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Develop and distribute an interactive CD-ROM version of the ESCAP/WHO Disability Statistics Training Manual, which will facilitate training and self-learning; Develop a website on disability measurement and statistics collection and analysis. 			
<p>Expected Accomplishment (EA) 2 Increased national technical capacity for collecting disability statistics in accordance with ICF standards and regional guidelines for national censuses and surveys, which also reflect gender concerns.</p>	<p>1) Increased number of NSOs providing disability indicators for policy making and analysis.</p> <p>2) Increased number of countries that are developing or improving national disability information systems (by planning for example disability-specific surveys) in line with international recommendations developed from this</p>	<p>1) Quality assessment of national disability data submitted to UN in 2007 and onwards</p> <p>2) Evaluation questionnaires administered during the workshops.</p> <p>3) Monitor national follow-up actions either through special survey or routine bilateral correspondence.</p>	<p>1) The interest of targeted beneficiaries in issues related to disability is sustained.</p> <p>2) Regional and international technical support for country project activities remains adequate.</p> <p>3) Project activities are in line with level of statistical development and national statistical priorities.</p> <p>4) Project participating countries are committed to carry out designed activities.</p>

Intervention Logic	Indicators	Source of verification	Risks/Assumptions
	project.	4) NSOs' work plan and programme activities. 5) Pilot study country report.	5) Governments and NSOs are willing to share information and country experiences with other countries and regional and international partners. 6) Appropriate national statistical staff are nominated for participating in project activities and retained in the system to implement planned project activities and to provide sustainable technical capacity in national statistical offices; selected country participants are: <ul style="list-style-type: none"> • Familiar with statistical data collection methods and sufficiently fluent in English; • Committed to working in disability area at least 2 years after the project expired at the end of 2009; • Given opportunity to follow all the training and workshop activities.
<p>Main Activities contributing to EA2</p> <p><i>Developing survey-based standard measurement:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Developing an extended set of questions for survey-based collection on disability; • Developing standard protocols for country pilot tests and subsequent data analysis plan; • Pre-pilot study regional workshop with participants from the project countries; • Pilot testing of proposed survey-based extended set of questions in 6 ESCAP member countries; • Produce joint analyses by key project partners of pilot test results to refine the proposed survey-based extended question set and contribute to international recommendations; • Post-pilot study workshop to formulate international recommendations on instruments censuses and surveys. 			
<p>Expected Accomplishment (EA) 3</p> <p>Increased knowledge-sharing and joint activities among ESCAP members in the field of disability statistics.</p>	<p>1) Increased number of South-South cooperation in developing or improving national disability information systems facilitated by this project.</p> <p>2) Increased number of country-to-country exchanges of experience and cooperation efforts in the field of disability statistics and implementation of the ICF.</p>	<p>1) Monitor national follow-up actions either through special survey or routine bilateral correspondence.</p> <p>2) Advisory mission reports.</p> <p>3) NSOs' work plan and programme activities.</p> <p>4) Evaluation questionnaires administered during the in-country workshops if possible.</p>	<p>1) The interest of targeted beneficiaries in issues related to disability is sustained.</p> <p>2) Regional and international technical support for country project activities remains adequate.</p> <p>3) Project activities are in line with level of statistical development and national statistical priorities.</p> <p>4) Governments and NSOs are willing to share information and country experiences with other countries and regional and international partners.</p> <p>5) Appropriate national statistical staff are nominated for participating in project activities and retained in the system to implement planned project activities and to provide sustainable technical capacity</p>

Intervention Logic	Indicators	Source of verification	Risks/Assumptions
			in national statistical offices; selected country participants are: <ul style="list-style-type: none"> • Familiar with statistical data collection methods and sufficiently fluent in English; • Committed to working in disability area at least 2 years after the project expired at the end of 2009; • Given opportunity to follow all the training and workshop activities.
<p>Main Activities contributing to EA3</p> <p><i>Establishing a regional network of experts:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Establish a regional network of national experts on ICF-based approach to disability data collection and dissemination to facilitate country-to-country technical cooperation. <p><i>Providing country advisory service:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Advisory missions to provide assistance to countries with data collection design in accordance with ICF standards and conduct pilot study data analysis. 			

ANNEX 2: RESULT BASED WORK PLAN

Expected Accomplishment	Aspect of Project	Main Activities	2007	2008	2009
EA 1: Improved understanding of the ICF approach to disability measurement by NSOs, health professionals and policy makers in the region.	Country Workshops for Advocacy	A1.1 Conduct six in-country workshops on the ICF and its implementation for disability data collection and analysis.		X	X
		A1.2 Organize a small-scale regional workshop on census-based disability data collection.		X	
	Knowledge Management	A1.3 Develop and disseminate an interactive CD-ROM version of the ESCAP/WHO Disability Statistics Training Manual, which will facilitate training and self-learning.	X	X	
		A1.4 Develop a web-based knowledge management tool on disability measurement and analysis.	X	X	X
EA 2: Increased national technical capacity for collecting disability statistics in accordance with ICF standards and regional guidelines for national censuses and surveys, which also reflect gender concerns.	Development of survey-based standard measurement	A2.1 Develop an extended set of questions.	X	X	
		A2.2 Develop standard protocols for country pilot studies and subsequent data analysis plan.	X	X	
		A2.3 Organize a pre-pilot study regional workshop with participants from project countries.		X	
		A2.4 Conduct pilot tests of the proposed survey-based extended set of questions in 6 ESCAP member countries.		X	X
		A2.5 Carry out joint analyses of pilot test results.		X	X
		A2.6 Conduct a post-pilot study workshop to review pilot test results and refine the proposed survey-based question sets for disability.			X
EA 3: Increased knowledge-sharing and joint activities among ESCAP members in the field of disability statistics.	A Regional Network of Experts	A3.1 Establish a regional network of experts on ICF-based approach to disability data collection and dissemination.	X	X	X
	Country Advisory Services	A3.2 Advisory missions to provide assistance to countries with data collection design in accordance with ICF approach.	X	X	X

DRAFT PROPOSALS FOR EXTENDED SETS FOR DISCUSSION

Washington Group on Disability Statistics

Presentation to 7th WG meeting, Dublin, Ireland

19 – 21 September 2007

This document is drafted based on a series of iterative inputs received over the year since the 6th WG meeting in Kampala in October 2006. Two draft documents were sent to the whole working group on extended sets. The comments received are incorporated as far as possible with a clear indication where consensus has been reached. Where there is clearly no consensus the different positions are set out. The document will be discussed and decisions made by the WG participants in Dublin.

Some general principles for the extended sets

1. The anticipated outcome of the work of the extended workgroup is a set or sets of questions that are feasible and provide the best possible cross-country comparability.
2. All the set(s) should fulfill the purposes of equalization of opportunities and prevalence of disability.
3. The framework of reference for all sets is the ICF and these sets (or this set) should provide a holistic picture of disability and functioning in participating countries. In addition the terminology used should reflect the ICF use of various terms as follows:
 - Functioning and disability are broad umbrella terms referring to the overall experience and are not limited to body function or activity limitations.
 - Impairments of body function and structure
 - Activity limitations at level of the person's execution of activities
 - Participation restrictions at the level of the person + environment
 - Environmental barriers and facilitators
 - Personal factors
4. As far as possible existing sets that cover the desired scope of new question sets will be identified and critically reviewed before the decision to develop new question sets is taken.
5. This short set and extended sets should be congruent with each other in the way the questions are phrased as well as in the response options. There should also be coherence between the sets; i.e. where measures on the short set should reflect as far as possible measures on the extended sets.

A framework based on the ICF

The framework on which the extended sets are to be selected are as follows:

- Disability is defined in the ICF as an outcome of the interaction of a person with a health condition with the context in which that person lives. The components that make up this include the three levels of body function and structure, activity and participation all as outcomes of the interaction, with Environmental and Personal factors being the factors that interact with the person's health condition. Thus to fully understand disability (and its counterpart – functioning) these need to be all covered.
- The starting unit of measure will be activities and activity limitations with a definite inclusion of basic activities – there is general consensus on this and that there should at least be a set that takes this aspect into more detail.
- There is some push for the extended sets to include measures of more complex activities. However, there is no clear consensus on this. Some of the arguments presented against including more complex domains is that these become too culturally specific and hence difficult to compare across countries or contexts. (This is

discussed further below.) Arguments for including these more complex activities is that this provides a more comprehensive description of the experience of disability.⁵

- There is some but not general consensus that the domains of activity should be considered both with and without assistance, where assistance refers to both technical/technological as well as people/attendant assistance.
- Environment is essential to include as a component in the extended sets but there is no agreement on the way in which this should be done. The proposal on how to include Environment in the sets is discussed further below.

Purpose of the sets

The consensus seems to be that the extended sets should have the same purposes as for the short set – viz. equalization of opportunities and prevalence of disability.

The data collected for these two purposes is to be used both for individual country needs as well as for international reporting. Once the extended sets have been developed, a set of guidelines should be developed to assist countries in using the sets and the data generated in a meaningful manner.

Proposal for sets

There is general consensus that there will be more than one set of extended questions. There is, however, no clear consensus on the exact nature of these.

Below are two proposals on how the sets should be organized:

Proposal 1:

Two types of sets –

- One that focuses on functioning (in broad ICF sense – A and P) and environmental factors (E), and
- one that focuses on more personal factors as well as features of the difficulties experienced (e.g. duration, age of onset, frequency of occurrence and intensity). (Complementary questions to functioning.)

The extended sets are as follows using the nesting principle where the first set can be found in the second and so on:

- Three sets of questions that collect information on functioning that all meet the purposes of monitoring equalisation of opportunities as well as prevalence of difficulties/disability:

a) A parsimonious set of questions that include the domains and related questions that explain at least 80% of the variation in population functioning and with no explicit measurement of environmental factors⁶. [What should be the optimum percentage to indicate here?]

b) A (one) more detailed set that includes domains not covered in the parsimonious set and that provides information for all types of difficulties (wide coverage of ICF A/P classification) to provide as full a coverage of functioning and disability. Questions on environmental factors would include micro level questions relating to technical and personal assistance with the possibility of a couple of more general questions on the broader environment.

c) A detailed set as for b) with a detailed set of Environment questions that cover the micro, meso and macro⁷ levels of environment.

⁵ There is disagreement in relation to this basic vs complex distinction, and the issues remains, again in relation to this point, on how to define Activity and Participation.

⁶ Although questions on Environment would not be explicitly included there might still be information on some basic usage of assistive devices such as glasses or hearing aids as within the short set.

⁷ Micro environment is made up technical and personal assistance that the person uses and that go with the person wherever they go (e.g. wheelchair, eye glasses, personal attendant and the attitudes of people in the

- An additional set of questions should be developed to cover personal factors such as age of onset and cause of the difficulty, duration of the difficulty, frequency and intensity of the difficulty, impact of pain, level of distress, etc. These questions will be asked in relation to the activity limitation (e.g. When did your difficulties start?).

Question: should the features of the duration, frequency, etc. be asked together with personal factors or together with the A/P in set b) above?

See Appendix A for a more detailed description of these proposed sets.

Proposal 2: (not so much specific sets as suggestions for sets)

- The basic parsimonious is the short set. But we had agreed that there were additional domains that should be included but for which we didn't have time or space on the short set. The discussion is then whether we want an extended set that includes additional domains and how to choose them.⁸ We are summarizing functioning over core domains and while we need a way to determine which domains to include, there are conceptual as well as statistical (what explains the most variance on some other measure) issues to consider now that we don't have the time/space constraints of a Census. While the main objective for the short set was to create a measure of disability status, for the extended sets we might also want to be able to provide domain by domain information.
- There are two questions--do we need to add domains and do we need to add questions within the domains to better meet the purpose?
- To evaluate equalization of opportunity, our approach has been to create a disability status variable and then see whether participation/inclusion rates are the same for each group. This is the sense that the measure is a demographic.
- A further question is whether we want to develop an extended set that allows us to understand how the 'demographic' affects inclusion--that is we would be further unpacking the interaction. This would be adding or expanding on the original purpose rather than adopting a new purpose. Within the 'disabled' group, we could try to distinguish those whose functioning levels change due to the use of assistive devices as opposed to those who use devices but still have difficulties as opposed to those who do not use devices. We could then determine how the use of devices affects participation/inclusion in much the same way that we have been evaluating inclusion. Adding questions on assistance within the domains covered creates a new set by expanding on the questions in a smaller set (either the current short set or an expanded set).
- Another decision point is whether to add additional questions on the nature of the functioning (e.g., onset, freq, duration, etc) within the domains covered. This would provide a richer description of functioning in that domain and could assist in explaining how the interaction plays out.
- A new purpose (or maybe a further exploration of differential participation/inclusion) could be an assessment of the environment. We could consider creating a new, totally separate set that obtains information on the larger environment. These questions wouldn't be domain specific. Environment could be very broadly defined or more limited.
- Another new purpose could be to address the fulfillment of societal roles. This is where we start worrying a lot about cross national comparability. Although the requirement for comparability must be met for each stage, it is probably most problematic for the more complex the task.

Some outstanding issues for discussion

- What is meant by cross country comparability and cultural factors that make this difficult?
Let's consider some examples:

person's immediate environment). The Meso environment is the broader environment that affects not only the person (e.g. state of the roads and paths in a community, service provision at local level). The Macro environment is that which affects a whole country, such as policies and legislation, general societal attitudes and practices, and so on.

⁸ To what extent do or don't the WHO/UNESCAP and World Health Survey (WHS) question sets meet this criteria?

- We are reasonably sure that when we ask about difficulties walking that respondents in all countries have a similar sense of what walking means. We can be less sure of how they average out their walking ability across the environments they usually walk in to give a final response to the question ‘How much difficulty do you have in walking?’. So in the end are we measuring the same ‘walking’ across countries?
- When we want to know the prevalence of activity limitations in the domain of personal interactions, we are much less sure of whether we can get cross comparable measures. But this is not necessarily the case. A country will collect information on difficulties people have in interpersonal interactions and relationships (e.g. difficulty making and maintaining friends, dealing with conflict, getting on with family, friends, strangers, etc.). The responses will have been mediated by what is the cultural norm in that country. This norm will differ across countries and can these differences can be studied in their own right. So in the end we measure prevalence of difficulty in relation to a cultural norm that is country specific, but we can compare the generic level of difficulty across countries. So the generic domain of interpersonal interactions and relationships is what is being compared and not the cultural specific reference.

This difference between generic domains for cross country comparability and cultural specific references in how people respond is a framework to consider in ensuring that we do not limit ourselves to only asking about basic domains of activities and thus provide a limited picture of disability. (Cf Appendix D for further discussion on these issues from the July document sent to the Extended sets workgroup)

- What is meant by equalization of opportunities and how do the extended sets ensure this purpose is met?
- Wording of questions
There are different ways in which to word the questions: How much difficulty... vs Do you have difficulty..... The WG short set uses ‘How much difficulty...?’ and the WHS, WHO/UNESCAP, etc. use ‘Do you have difficulty...?’ Is this an important difference or can we ignore it? Are there other similar ‘close’ differences that we should take into account?
- Response options – is this an issue or not?
- Choice and desire – how can we take this into account to ensure that responses we get on our measures reflect difficulties when the person needs to or wants to or has a choice whether to do an activity or not. ⁹

Way forward

The following are some steps that we need to take in order to move concretely on the extended sets:

- Discussion on the proposed sets and modifications required
- Compile the sets (I have avoided using the term ‘develop’ here to allow for us to creatively use what is already available).
- Building an evidence base for these sets: this entails two aspects:
 - What domains are necessary for each set
 - How do the different sets work in relation to their intended purpose for different data users
- Developing the guidelines for using the sets and determining who the data users are likely to be.

Margie Schneider with assistance of comments from members of the extended sets workgroup
11 September 2007

⁹ The CHIEF questionnaire and the Eurostat questionnaire and the new questionnaires being developed in France get over the problem by using the individual’s need or desire to participate as the reference point, not the actual participatory performance itself. If people do not need to or want to use transport then it is not a barrier to participation irrespective of the transport facilities available in a country.

Appendix A: Description of the sets for Proposal 1

Sets to collect data on functioning and disability

a) Parsimonious set

The proliferation of initiatives over the last decade on measurement of health and functioning is testimony to the need for some means of measuring the health state or functioning in a population to use as a general monitoring tool. The work of the WHO/UNESCAP, Budapest Initiative and Eurostat, have looked into this in some detail. Results from the WHO/UNESCAP and World Health Survey (WHS) suggest that there is a parsimonious set of questions that can be identified. The WHO/UNESCAP and WHS results suggest that it is not necessary to ask about hearing as well as communication as there is no advantage in asking about both of these domains. [Get detailed WHO/UNESCAP results from the pilot in 5 countries.]

This set would take those results and develop the set based on these. The set would be more detailed than the Short Set and would include some basic as well as some more complex activities. The set would include possibly more than one question per domain (e.g. far and near vision asked separately).

This set would not ask any detailed questions on environment beyond what is explicitly included in the question wording (e.g. vision with use of glasses, hearing with use of a hearing aid). Thus it will not be possible to determine exactly the role of environment in the responses people provide.

b) Detailed set that includes domains not covered in the parsimonious set

This set would provide information that can be used to determine the prevalence of all types of activity limitations as well as the role of micro level environmental factors on these difficulties. The domains covered would include those not included in the parsimonious set, such as hearing in the WHO/UNESCAP and WHS examples provided above.

Particular domains noted as important to include are:

- Learning
- Upper body mobility
- Psychological and emotional functioning (these are found in body functions rather than the A/P classifications of the ICF and so should be rephrased to ask about interpersonal interactions and relationships; decision making, handling of stress, etc.)
- Domestic activities
- Ability to carry out the tasks and actions required to engage in education, employment and community/social life.

In addition this set would ask about difficulties people have in doing these activities both with and without assistance (technical and/or personal) for those activities where this is possible (Cf appendix B for some discussion of this issue).

A few questions on the meso and macro environments would be included to determine in a general sense:

- Attitudes of others in household and community
- Access to services that are needed
- Extent to which barriers in the environment make it difficult for the person

This set would require some work to:

- Decide on the list of questions, their wording and response options using the short set and parsimonious sets as a basis to start from and adding to cover the required domains.

- Decide which questions can be asked in relation to micro environment (i.e. with and without assistance) and which cannot (more complex activities).¹⁰
- Decide whether the use and availability of assistive devices and personal assistance should be included as specific questions
- Structure the module of questions in an order that is logical.

c) Detailed set (as for set b) with detailed environment questions

This would be the same set as for the detailed set described in b) above. The additional questions would be questions on the environmental barriers and facilitators that may or may not have an impact on the person's functioning. The work of the Craig Hospital on their Inventory of Environmental Factors (CHIEF) would be a good starting point to see how to construct this module. Questions from the CHIEF or similar ones have been used or are being used in national surveys (e.g. SINTEF survey in Zambia and current survey in Tanzania and other studies) where these data can be used to analyse the way these questions are working. (See Appendix C for these questions.)

In addition, there are question sets developed that ask about the effect of the person's usual environment on different activities. (It's not clear where this set comes from as used in the Tanzanian questionnaire.)

Set for Personal and other factors

This set would be a complementary set of questions that are required to provide a holistic picture of what the person's context is. The information required includes the following:

- Age of onset, cause and: this is important as there are some significant differences in experiences arising from an early vs late onset of difficulty. These can be asked in relation to the health condition, impairment, activity limitation or participation restrictions. However, the most feasible one to ask about is for activity limitations. This is because, for
 - health conditions and impairments, responses reflect access to health care services that provide diagnoses
 - activity limitations, responses reflect a person's experience
 - participation restrictions, responses reflect the role of environmental factors and this is not a constant feature of a person's experience.
- Frequency and duration of the difficulty: e.g. Frequency = does the problem occur on an hourly, daily, weekly, etc. basis? And duration = how long has the problem lasted – days, weeks, months, years?
- Pain is a body function and has significant effects on a person's functioning. The measurement of pain is very difficult and in the context of self report modules would be asked in relation to its duration, intensity, and frequency and overall impact on functioning or impact on specific domains. Intensity of the difficulty would most likely be related to the level of pain reported.
- Level of distress: while distress is not an aspect included in the ICF framework, it could be useful information to include. The Perceived Impact of Problem Profile (PIPP)¹¹ uses questions on the impact of the health condition on a person's functioning in a number of domains as well as the distress caused by this impact. A scale of 1 (no distress) to 6 (extreme distress) is used in the PIPP.

¹⁰ This approach has been used in a number of studies so far (cf SINTEF living conditions surveys, South African national baseline survey on disability, and interviews with women living with arthritis) and the consistent picture across all these is that the reported severity of difficulty is always worse without than with technical and/or personal assistance. These suggest that people are easily able to provide responses that make this distinction. However, it is not clear whether people are as clear about the effect of environmental factors for more complex activities – e.g. whether they are not able to work because of accessibility and attitudinal barriers or because of their own limited ability to maintain work.

¹¹ See Pallant, J.F., Misajon, R., Bennett, E., & Manderson, L. (2006). Measuring the impact and distress of health problems from the individual's perspective: development of the Perceived Impact of Problem Profile (PIPP). *Health Qual Life Outcomes*, 4:36, <http://www.hqlo.com/content/4/1/36>

Full disability survey

To be discussed

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

Appendix B: Measuring environmental factors for basic and complex activities

This extract is taken from the set of notes sent to the Extended Workgroup members in July 2007 for comment with a couple of edits based on comments received on the document.

Environmental factors, like domains of functioning, also come in 'basic' and 'complex' sizes. The basic EFs can be seen as those that are immediate to the person, go with the person, and relate to the micro environment. The ICF chapters involved are Chapters 1: products and technology, and 3: Support. The more complex EFs are those related to attitudes (Chpt 4) and Services, Systems and Policies (chpt 5) and make up the macro, distal or broad environment. It's more difficult to associate these with a specific domain of functioning, and rather have an impact in a more general manner.

In terms of asking questions on E, there are two approaches that we could use –

- For the more immediate environment – the questions relate to used of assistive devices and assistance from others and should be related to individual domains of basic activities, e.g. difficulty walking with and without a walking stick.
- The built environment can be seen as the meso level of the environment relating not only directly to the person concerned but also to the community.
- For the more macro environment – these questions would relate to service availability, national policies, attitudes of others, etc. and would be asked in a general manner (e.g. how often do you have problems with people's attitudes towards you because of your disability/difficulty?). These questions would not be linked to individual domains as such.

This approach would suggest that we must have 'immediate Environment' questions for an extended set and further E questions would be possibly in a separate set or with more complex activity questions in a separate set.

Appendix C: Some possible Environment Questions

These questions are taken from the Tanzanian survey of difficulties and are based on work done for the SINTEF
Zambian survey on living conditions and the CHIEF (Craig Hospital) and an unknown source for section 2 (to
check for this).

1. Inventory of Environmental factors (CHIEF and adapted in Zambian Survey by SINTEF)

Being an active, productive member of society includes participating in such things as working, going to
school, taking care of your home, and being involved with family and friends in social, recreational and civic
activities in the community. Many factors can help or improve a person's participation in these activities
while other factors can act as barriers and limit participation.

First, please tell me how often each of the following has been a barrier to your own participation in the
activities that matter to you. Think about the past year, and tell me whether each item on the list below has
been a problem **daily, weekly, monthly, less than monthly, or never**. If the item occurs, then answer the
question as to how big a problem the item is with regard to your participation in the activities that matter to
you.

(Note: if a question asks specifically about **school or work** and you neither work nor attend school, check
not applicable)

	1. always	2. often	3.	4. seldom	5. never	8. NA	9. Not	2. big	1. little
1. In the past 12 months, how often has the availability/accessibility of transportation been a problem for you? (By accessibility we mean the ability to get in and out of the transport.)									
	When this problem occurs has it been a big problem or a little problem?								
2. In the past 12 months, how often has the natural environment - temperature, terrain, climate - made it difficult to do what you want or need to do?									
	When this problem occurs has it been a big problem or a little problem?								
3. In the past 12 months, how often have other aspects of your surroundings - lighting, noise, crowds, etc - made it difficult to do what you want or need to do?									
	When this problem occurs has it been a big problem or a little problem?								
4. In the past 12 months, how often has the information you wanted or									

needed not been available in a format you can use or understand?

--	--	--	--	--	--	--	--

When this problem occurs has it been a big problem or a little problem?

--	--

5. In the past 12 months, how often has the availability of health care services and medical care been a problem for you?

--	--	--	--	--	--	--	--

When this problem occurs has it been a big problem or a little problem?

--	--

6. In the past 12 months, how often did you need someone else's help in your home and could not get it easily?

--	--	--	--	--	--	--	--

When this problem occurs has it been a big problem or a little problem?

--	--

7. In the past 12 months, how often did you need someone else's help at school or work and could not get it easily?

--	--	--	--	--	--	--	--

When this problem occurs has it been a big problem or a little problem?

--	--

8. In the past 12 months, how often have other people's attitudes toward you been a problem at home?

--	--	--	--	--	--	--	--

When this problem occurs has it been a big problem or a little problem?

--	--

9. In the past 12 months, how often have other people's attitudes toward you been a problem at school or work?

--	--	--	--	--	--	--	--

When this problem occurs has it been a big problem or a little problem?

--	--

10. In the past 12 months, how often did you experience prejudice or discrimination?

--	--	--	--	--	--	--	--

When this problem occurs has it been a big problem or a little problem?

--	--

11. In the past 12 months, how often did the policies and rules of businesses and organizations make problems for you?

--	--	--	--	--	--	--	--

When this problem occurs has it been a big problem or a little problem?

--	--

12. In the past 12 months, how often did government programs and policies make it difficult to do what you want or need to do?

--	--	--	--	--	--	--	--

When this problem occurs has it been a big problem or a little problem?

--	--

2. Let's think some more about your environment such as the buildings and roads, availability of information that you can read, attitudes of others, social norms, services, policies and laws of Tanzania, and so on. Tell me how your usual environment makes it easier or more difficult for you to do the activities we asked about earlier.

Does your usual environment make it easier or more difficult for you to.....				
	Easier	More difficult	Sometimes easier and sometimes more difficult	Don't know
a) see?	1	2	3	4
b) hear?	1	2	3	4
c) walk and climb stairs?	1	2	3	4
d) remember and concentrate?	1	2	3	4
e) care for yourself, such as washing all over or dressing?	1	2	3	4
f) communicate in your usual language?	1	2	3	4
g) in learning a new task?	1	2	3	4
h) interacting with people? (strangers or people you know)	1	2	3	4
i) join in community activities like anyone else can?	1	2	3	4
j) taking care of you household responsibilities?	1	2	3	4
k) in day-to-day work / schoolwork?	1	2	3	4

Appendix D: Cultural factors – some further discussion points

(as taken from July 2007 document)

Cultural comparability:

It is clear that using more basic activities makes it easier to obtain cross country comparability. For more complex activities (e.g. education, employment, recreation, domestic activities, etc.), it might be possible to look at generic aspects which might differ in their specifics at country level. For example, social interactions can be a generic domain as any culture has these, but what is counted as a problem or difficulty might be different in the different cultures. So what is counted as a lot of difficulty in one culture might not be counted as a difficulty in another culture and vice versa. So...

- At basic activities we can assume that, by and large, we are measuring walking, communicating, etc in the same way across countries/cultures.
- At more complex activities we are less sure that we are measuring, for example, social interactions, in the same way across different countries/cultures. However, if two countries report the same proportion of people as having activity limitations in social interactions, we should accept that at face value even though what was counted as difficulties in each country was different.
- This has an impact on the analysis where we concentrate on generic domains in the analysis of more complex activities and not the specifics of what counts as a difficulty in the different countries/cultures. .

Discussion points for extended sets section – Wed 19th September

1. Purpose of extended sets
 - Is there agreement on two purposes – equalization of opportunities and prevalence of activity limitations in population? If yes, do we all understand what these mean?
 - Are there additional purposes, including an expansion of the equalization of opportunities purpose?
2. Number and nature of the sets including content of each – based on the various proposals put forward, including Environment and personal factors.
 - What can be done to ‘relax’ the short set into a more extended set given the additional space that an extended set would provide? (This is assuming that equalization of opportunities remains the main purpose.)
 - If additional or expanded purposes are identified, what extended sets are needed to meet these purposes? E.g.
 - Functioning level with the use of assistive devices
 - Additional information on functional limitations (e.g. age of onset, frequency, duration, intensity, cause)
 - News purposes:
 - Environmental factors
 - Direct measures of participation
3. Comprehensiveness: are all chapters (A/P/E) in the ICF to be covered and which items within each chapter?
 - Are there any ‘no go’ domains? And if yes, why?
4. Coherence (and congruence) of extended sets…
 - Among themselves
 - With the short set/WG Census questions
 - With other international initiatives
5. Implementation issues:
 - screening question
 - post-censal surveys
 - modules in surveys
 - link with other information systems
6. Way forward
 - Compile the sets (I have avoided using the term ‘develop’ here to allow for us to creatively use what is already available).
 - Building an evidence base for these sets: this entails two aspects:
 - a. What domains are necessary for each set
 - b. How do the different sets work in relation to their intended purpose for different data users
7. Sets for children? (Can we discuss this before we have indications of how the short set works with children or should we leave that and concentrate on extended sets for children?)

Proposal for Developing a Monitoring Tool for UN Convention on Rights of Persons with Disabilities

September 5, 2007

Background. The UN's Convention on Rights of Persons with Disabilities (CRPD) calls for an inclusive approach to development that will ensure disabled people are not denied their human rights. The expectation is that the document will be ratified by the required 20 countries and become legally binding by December. Hopefully this will signal the start of significant efforts on the ground to make the vision of the CRPD a reality.

Unfortunately, a tool for establishing an internationally comparable baseline and monitoring progress is not available. The CPRD recognizes the importance of data collection for such monitoring in Article 31, but no plans are underway to fulfill this goal.

The UN Washington Group (WG) on Disability Statistics is well situated to fill this role, and the World Bank would like to propose working with the WG to secure funding to accomplish this important task.

Proposal: The World Bank proposes that the Bank's multi-donor trust fund on disability fund the WG to develop a tool for establishing a baseline and monitoring the implementation of the CPRD. Basically, it would consist of the following steps:

- 1) Presentation of the idea at the WG meeting in September
- 2) A small working group would develop this tool, in consultation with the full WG and with DPOs
- 3) WG members would undertake cognitive tests of the proposed tool
- 4) A special meeting of the WG would take place to finalize the instrument
- 5) WG members would undertake field tests of the proposed tools

We propose that funds pay for consultants to help in tool development, cognitive testing in 18 countries, meeting expenses (including travel for developing countries), and field testing in 8 countries. However, the exact nature of activities, budget and timeline will be worked out between the WB, the WG, and potential donors. However, it is important that work begin immediately, as it is important that a baseline for monitoring the CRPD be established in 2008.

厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)
分担研究報告書

自立支援に必要なサービスの種類と量に関する研究

分担研究者：伊藤利之 横浜市総合リハビリテーションセンター

障害の重症度、年齢などから、自立支援に必要なサービスの種類と量を推定することが本研究の目的である。今回はその予備的調査として、当センター更生施設入所者を対象として後方視的調査を行った。その結果、機能訓練量と麻痺の重症度、歩行能力およびADLの自立度との間には有意な相関を認め、障害が重度なほど機能訓練量が多いことが明らかになった。また社会的目標について、復職などの就労を目標としている症例と家庭復帰が主な入所目的で何らかの社会参加を目標としている症例を比較したとき、前者の方が比較的障害が軽度で機能訓練量も少ないのではないかという仮説を立て、それを検証した。しかし、機能訓練量と社会的目標との関連は指摘できなかった。その理由として、今回の調査期間には介護保険法や障害者自立支援法の制定、平成18年の診療報酬制度の改定による入所期間の短縮化などが影響していると考えられた。

研究協力者

小林宏高:横浜市総合リハセンター(MD)

大場純一:横浜市総合リハセンター(SW)

A. 研究目的

障害の重症度、年齢などから、自立支援に必要なサービスの種類と量を推定することが本研究の目的である。今回はその予備的調査として、当センター更生施設利用者を対象として後方視的に調査を行った。

B. 研究方法

平成16年4月から平成19年3月の間に更生施設に入所した20～50歳の脳卒中片麻痺者74名(M:F=62:12、平均年齢43.3±6.2)を対象として、入所記録を調査した。調査項目は、提供したサービスとして機能訓練の種類と量(理学・作業・言語療法の延べ訓練回数)、更生施設内の生活訓練プ

ログラムを調べた。年齢、性別、機能障害(Brunnstrom stage、高次脳機能障害の有無)、能力低下(Hofferの歩行機能レベル、Barthel index(BI)、10m歩行速度等)、発症から入所までの期間、入所時の社会的目標等を調べて機能訓練量との関連をスピアマンの相関係数などの手法を用いて検討した。

C. 研究結果

1. 記述統計量

原因疾患の内訳は、脳出血が最も多く53名(71.6%)を占め、麻痺側では、右片麻痺46名(62.2%)、左片麻痺28名(37.8%)であった(表1・2)。高次脳機能障害を有する症例が55名(74.3%)、明らかな高次脳機能障害を認めない症例は19名(25.7%)であった。また、37名(50.0%)に失語症を認めた。入所時の麻痺の重症度をBrunnstrom stageで調査した

が、下肢のステージではIVが最も多く 44 名 (59.5%)を占めていた(表 3)。

<表 1>

診断名	n	(%)
脳出血	53	71.6
脳梗塞	17	23.0
くも膜下出血	4	5.4

<表 2>

麻痺側	n	(%)
右片麻痺	46	62.2
左片麻痺	28	37.8

<表 3>

入所時の麻痺重症度			
	n	(%)	
Br.stage	1	0	0.0
	2	0	0.0
	3	20	27.0
	4	44	59.5
	5	7	9.5
	6	3	4.1

発症から入所までの期間は、平均 222.5±117.6 日(88~1044 日)、入所日数は平均 160.3±65.8 日間(31~360 日間)であった(表 4)。

<表 4>

期間	平均±SD
発症—入所の期間 [日]	222.5±117.6
入所日数 [日]	160.3±65.8
入所月数 [ヶ月]	5.3±2.2

<表 5>

機能訓練量	n	平均±SD
PT	74	76.4±36.7
OT	74	52.7±21.0
ST	37	48.8±26.5
機能訓練量(合計)	74	153.5±70.2

機能訓練量(理学・作業・言語療法の延べ訓練回数)は、平均 153.5±70.2 回(52~415 回、中央値 136 回)であった(表 5)。

2. 入所時と退所時の比較

下肢の Brunnstrom stage、Hoffer の歩行機能レベル、10m 歩行速度[秒]及び Barthel Index[点]について入所時と退所時の平均値の比較を行った。検定方法は、前 2 項目に Wilcoxon の符号付き順位和検定、後 2 項目に対応のある t 検定を用いた。下肢の Brunnstrom stage の平均は入所時 3.91±0.72、退所時 3.95±0.72 で、ほとんど変化していなかった。Hoffer の歩行機能レベルでは、入所時 community ambulator (CA) 22 名 (29.6%)、household ambulator (HA) 25 名 (33.8%)、nonfunctional ambulator (NFA) 26 名 (35.1%)、nonambulator (NA) 1 名 (1.4%) であったのに対し、退所時は、CA 61 名 (82.4%)、HA 11 名 (14.9%)、NFA 1 名 (1.4%)、NA 1 名 (1.4%) となっており、有意な改善 (N=74、p<0.01) を認めた(表 6)。10m 歩行速度[秒]についても、入所時 23.5±14.5、退所時 15.4±12.0 で有意 (N=68、p<0.01) に改善していた(表 7)。同様に、Barthel Index についても有意 (N=73、p<0.01) に改善していた(表 7)。

<表 6>

	Hoffer の歩行機能レベル			
	〔入所時〕		〔退所時〕	
	n	(%)	n	(%)
Community a.	22	29.6	61	82.4
Household a.	25	33.8	11	14.9
Nonfunctional a.	26	35.1	1	1.4
nonambulator	1	1.4	1	1.4

<表 7>

	歩行能力と ADL 自立度		
			平均±SD
	n		
10m 歩行速度 〔秒〕	入所時	70	23.5±14.5
	退所時	68	15.4±12.0
Barthel Index 〔点〕	入所時	74	86.8±11.0
	退所時	73	97.7±5.3

〔相関係数による検討結果〕(表8)

機能訓練量と有意な相関を認めたのは、身障手帳の等級(N=74、相関係数 -0.27、 $p < 0.05$)、入所時の下肢の麻痺重症度(Brunnstrom stage)(N=74、相関係数 -0.24、 $p < 0.05$)、入所時の 10m 歩行速度(N=70、相関係数 0.36、 $p < 0.01$)と入所時の BI(N=74、相関係数 -0.36、 $p < 0.01$)であった。年齢、発症から入所までの期間、入所時の歩行能力(Hoffer 分類)と機能訓練量とは有意な相関を認めなかった。

<表 8>

	機能訓練量との相関		
	n	相関 係数	有意 確率
年齢	74	0.20	0.10
発症－入所期間	74	0.06	0.63
身障手帳の等級	74	-0.27	0.02 ※
入所時の 下肢 Br.stage	74	-0.24	0.04 ※
入所時の 10m 歩行速度〔秒〕	70	0.36	0.00 ※※
入所時の Hoffer 歩行機能レベル	74	-0.21	0.08
入所時の Barthel Index〔点〕	74	-0.36	0.00 ※※

Spearman の順位相関係数を計算

※※相関係数は1%水準で有意。

※ 相関係数は5%水準で有意。

3. 機能訓練量による検討結果

機能訓練量を左右する要因を検討する目的で、対象を訓練量の中央値 136 回で分け、機能訓練量の「少ない群:訓練回数 52～136 回」と「多い群:訓練回数 137～415 回」の 2 群で比較検討した。

入所時の下肢の Brunnstrom stage の平均では、「少ない群」 4.08 ± 0.71 、「多い群」 3.77 ± 0.71 であった(表9)、入所時の Hoffer の歩行機能レベルに関しては、「少ない群」CA14 名(36.8%)、HA 12 名(31.6%)、NFA11 名(28.9%)、NA1 名(2.6%)、「多い群」CA8 名(22.1%)、HA 13 名(36.1%)、NFA15 名(22.2%)、NA0 名(0.0%)であった(表 10)。身障手帳等級の平均は、「少ない群」 1.79 ± 0.78 、「多い群」 1.50 ± 0.61 (表 11)、入所時の 10m 歩行

速度[秒]の平均は「少ない群」20.3±13.5、「多い群」26.8±14.9（表 12）、入所時の Barthel Index の平均は、「少ない群」89.9±9.8、「多い群」83.6±11.4 であった（表 12）。機能訓練の「少ない群」に比べて、「多い群」では、機能障害、能力障害ともに重度である傾向を認めた。そして、入所時の下肢の Brunnstrom stage および入所時の Barthel Index の平均において、2 群間で有意差（いずれも $p < 0.05$ ）があった。

<表 9>

Br.stage	少ない群		多い群	
	n	(%)	n	(%)
I	0	0.0	0	0.0
II	0	0.0	0	0.0
III	6	15.8	14	38.9
IV	25	65.8	19	52.8
V	5	13.2	2	5.6
VI	2	5.3	1	2.8
平均	4.08±0.71		3.77±0.71	

<表 10>

	少ない群		多い群	
	n	(%)	n	(%)
community a.	14	36.8	8	22.1
household a.	12	31.6	13	36.1
nonfunctional a.	11	28.9	15	22.2
nonambulator	1	2.6	0	0.0

<表 11>

	少ない群		多い群	
	n	(%)	n	(%)
1 級	14	36.8	20	55.6
2 級	20	52.6	14	38.9
3 級	2	5.3	2	5.3
4 級	2	5.3	0	0.0
5 級	0	0.0	0	0.0
6 級	0	0.0	0	0.0
平均	1.79±0.78		1.50±0.61	

<表 12>

	少ない群	多い群
	平均±SD	平均±SD
10m 歩行速度[秒]	20.3±13.5	26.8±14.9
Barthel Index[点]	89.9±9.8	83.6±11.4

麻痺側は、右片麻痺が「少ない群」で 19 名(50.0%)、「多い群」で 27 名(75.0%)であった（表 13）。失語症は、「少ない群」の 13 名(34.2%)、「多い群」の 24 名(66.6%)に認められ、機能訓練の多い群では右片麻痺、失語症の割合が多かった。その他の高次脳機能障害では、「少ない群」の 17 名(65.4%)、「多い群」の 20 名(76.9%)に認められた。

<表 13>

	少ない群		多い群	
	n	(%)	n	(%)
右片麻痺	19	50.0	27	75.0
左片麻痺	19	50.0	9	25.0

入所時の社会的目標に関しては、『復職の検討』は「少ない群」20名(52.6%)、「多い群」21名(58.3%)、『何らかの社会参加の検討』は「少ない群」14名(36.8%)、「多い群」13名(36.1%)、『主婦業復帰』は、「少ない群」4名(10.5%)、「多い群」2名(5.6%)で、2群間で明らかな差を認めなかった(表14)。

<表14>

	少ない群		多い群	
	n	(%)	n	(%)
何らかの社会参加検討	20	52.6	21	58.3
主婦業	4	10.5	2	5.6
復職の検討・具体化	14	36.8	13	36.1

入所中の生活訓練プログラムなどに関して、機能訓練量の「少ない群」と「多い群」で比較した結果、『職業相談』は「少ない群」23名(60.5%)、「多い群」18名(50.0%)、『公共交通機関利用プログラム』は、「少ない群」35名(92.1%)、「多い群」32名(88.9%)、『屋外歩行訓練』は、「少ない群」33名(86.8%)、「多い群」33名(91.7%)、『ADL訓練』は「少ない群」11名(28.9%)、「多い群」20名(55.6%)、『APDL訓練』は、「少ない群」26名(68.4%)、「多い群」29名(80.8%)であった。「多い群」で『ADL訓練』、『APDL訓練』の割合が多い傾向を認めた(表15)。

社会的転帰に関して、機能訓練量の「少ない群」と「多い群」で比較した結果、『一般就労』は「少ない群」4名(10.5%)、「多い群」4名(11.1%)、『(職能訓練利用など)就労準備の継続』は、「少ない群」11名(28.9%)、「多い群」9名(25.0%)、『福祉的就労』は「少ない

群」7名(18.4%)、「多い群」7名(19.4%)、『主婦業』は「少ない群」3名(7.9%)、「多い群」2名(5.6%)、『(デイケアなどを利用した)居宅』は、「少ない群」13名(34.2%)、「多い群」14名(38.9%)であった。2群間で明らかな差が認められなかった(表16)。

4. 入所時期による訓練量の変化

表17に入所時期による機能訓練量などの変化を示す。更生施設入所に関わる法制度について、平成14年度までは「措置制度」、平成15～17年度は「支援費制度」、平成18年度以降は「障害者自立支援法」へと変化している。発症から更生施設入所までの期間、入所日数ともに短縮する傾向を認めた。また、機能訓練量の平均値は、平成17年度208.2±84.9、平成15～17年度151.3±63.8、平成18年度122.0±50.6となっており、徐々に減少する傾向にあった。なお、入所者のADL自立度(Barthel Index)は徐々に高くなっている。

D. 考察

1. 入所時と退所時の比較

麻痺の重症度(下肢のBrunnstrom stage)には変化なかったが、歩行能力(Hofferの歩行機能レベル、10m歩行速度)やADLの自立度(BI)に改善を認めている。発症から入所までの期間は平均222.5日(88～1044日)、入所期間は平均160.3日間で、発症から長期間が経過している症例において、更生施設入所中の機能訓練、生活訓練による効果を確認できた。

2. 相関係数による検討結果

機能訓練量と有意な相関を認めたのは、身障手帳の等級、入所時の下肢の麻痺重症度(Brunnstrom stage)、入所時の10m歩行速度および入所時のBIであった。麻痺の重

症度、歩行能力、ADLの自立度が訓練量に影響している可能性がある。

3. 訓練量の差と障害像について

対象を機能訓練の「少ない群」と「多い群」に分けて、検討したところ、「多い群」の方が機能障害、能力障害ともに重度である傾向を認めた。当然の結果と考えられるが、身体障害者手帳が1～2級、下肢の麻痺が重度、歩行能力が低いあるいはADLの自立度が低い場合は機能訓練量が多く必要であることが示唆された。今回、機能訓練量を理学・作業・言語療法の延べ訓練回数と規定したため、機能訓練量の「多い群」の方が、失語症を有する症例が多くみられた。

入所時の社会的な目標を比較したが、機能訓練量の「少ない群」、「多い群」で差は認められなかった。そのためか、施設内の生活訓練プログラムの内容についても、訓練量の「少ない群」、「多い群」で大きな差はなかった。

更生施設入所者のリハビリテーションを計画している立場から、社会的目標について、復職など就労を目標としている症例と、家庭復帰が主目的で何らかの社会参加の検討を目標としている症例を比較すると、前者の方が比較的障害が軽度で訓練量も少ないのではないかという仮説を立てた。しかし、訓練量が「少ない群」と「多い群」で検討したとき、障害の重さについては仮説が当てはまったが、社会的目標については明らかな差を認めず、仮説は当てはまらなかった。その理由としては、この間に行われた社会保障制度の改定が考えられる。今回の調査期間である平成14年度から平成18年度には、更生施設入所に関わる法制度が

措置制度、支援費制度、そして障害者自立支援法へと変更になった。①中でも障害者自立支援法では入所に伴う費用(ホテルコスト)が実費となり、入所者の経済的負担が増加した。また、②平成12年に導入された介護保険制度により、その後地域の社会資源が徐々に整ってきた。そのため、家庭復帰に向けた準備が以前よりも容易になってきた。そして、③平成18年4月の診療報酬制度の改定によりリハビリテーションの算定日数の上限が設けられたことで、発症から更生施設入所までの期間が変化し、入所者の障害の重症度も変化した。これら3点が複合して機能訓練量の減少化(入所期間の短縮化)が生じ、調査の基本的条件が変容したことが大きく影響したものと思われる。今後は、先に述べた仮説を前方視的調査で確認していく必要がある。

E. 結論

発症から長期間が経過している症例でも、機能訓練、生活訓練の効果があることを後方視的調査により確認できた。麻痺の重症度、歩行能力、ADLの自立度が訓練量に影響している可能性が示唆された。しかし、入所時の社会的目標と訓練量との関連は確認できなかった。今後はこの結果をふまえ、前方視的調査で検討していく必要がある。

F. 健康危惧情報

特記事項なし。

<表 15>

入所中に実施した生活訓練プログラムの比較

社会参加レベル	少ない群		多い群	
	n	(%)	n	(%)
社会参加への情報提供	36	94.7	33	91.7
職業相談	23	60.5	18	50.0
就労移行支援(職能訓練)	2	5.3	1	2.8
一般生活レベル	n	(%)	n	(%)
公共交通機関利用プログラム	35	92.1	32	88.9
屋外歩行訓練	33	86.8	33	91.7
帰宅外泊訓練	25	65.8	27	75.0
日常生活レベル	n	(%)	n	(%)
高次脳機能評価	24	63.2	25	69.4
健康管理プログラム	35	92.1	33	91.7
ADL訓練	11	28.9	20	55.6
APDL訓練プログラム	26	68.4	29	80.6
自宅訪問環境調整	23	60.5	29	80.6
ケアプランの検討	17	44.7	21	58.3

<表 16>

社会的転帰

	少ない群		多い群	
	n	(%)	n	(%)
一般就労	4	10.5	4	11.1
就労準備	11	28.9	9	25.0
福祉的就労	7	18.4	7	19.4
主婦業	3	7.9	2	5.6
家庭復帰(居宅)	13	34.2	14	38.9

<表 17>

入所時期による変化

	平成 14 年度	平成 15~17年度	平成 18年度
	平均±SD	平均±SD	平均±SD
発症-入所日数[日]	281.9±253.1	218.1±71.4	193.5±40.60
入所日数[日]	214.5±78.2	157.4±56.2	131.2±60.6
機能訓練量[回]	208.2±84.9	151.3±63.8	122.0±50.6
入所時 Barthel Index[点]	83.3±8.3	86.1±12.3	90.8±8.1

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義

分担研究者 寺島 彰

現状の国内の障害認定制度を分析し、障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義を検討した。その結果、身体障害者福祉法の障害認定は、障害に共通するサービスについては、障害者自立支援法の障害程度区分に譲ってしまっており、本法の認定基準は、税金の減免、重度障害者医療等の地方自治体のサービス、公共運賃割引等民間事業者のサービスの提供対象者を限定するための機能を果たすのみになっている。

すでに、身体障害者福祉法の認定基準は、意味を失っているともいえるが、この基準が今後も活用されるとすれば、国、地方自治体、民間事業者で、障害者の自立と社会経済活動への参加を目的とした制度の場合は、本法の認定基準を活用するというような複数の制度の共通の基準となるような使われ方になることが予想された。

A. 研究目的

障害認定とは何か、障害者福祉政策における身体障害者福祉法の意義を明らかにすることが目的である。

B. 研究方法

現状の国内の障害認定制度を分析し、障害者政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義を検討した。

C. 研究結果

(1) 障害者関係制度の認定基準の整理

寺島(2007)は、障害者関係制度の目的等の整理をし、①障害者(児)の福祉の増進、②障害者の(生活)自立促進、③障害者等の安定した生活を保障、④社会防衛、⑤権利保障、⑥便宜提供、⑦平等の確保、⑧国家賠償の9類型に整理した(表4-3-1~2)。ここでは、認定基準に着目し、認定基準の類型化を試みる。最初に、どのような制度が認定基準をもっているかを整理し

たのが、表4-3-3である。そして、それらの制度の認定基準を抽出したものが、表4-3-5~表4-3-23である。

これらから、わかることは、認定基準でも次のように類型化できることである。

①年金手当関係

例えば、国民年金、厚生年金、特別児童扶養手当(特別障害者手当)は、同じ基準を用いている。

②労災関係

同様に労働者災害補償保険、自動車損害賠償保障は、同じ基準を用いている。

③戦傷関係

恩給法や戦傷病者特別援護法は、同じ基準を用いている。

④移動関係

交通運賃の割引は、JRの運賃割引と同じ基準が使われている。この基準は、身体障害者福祉法の基準をベースにしている。

⑤身体障害者福祉法関係

身体障害者福祉法の認定基準は、身体障害者福祉法以外にも、障害自立支援法、公営住宅、芸金の減免など、いろいろな生活関連制度で活用されている。

また、障害者の雇用促進等に関する法律による障害認定基準も、実質的には、身体障害者福祉法と同じである。

⑥学校関係

学校教育法には、他の制度とは異なる認定基準が用いられている。

⑦その他

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律、予防接種法など、独自の基準を設定しているものもある。

(2) 他制度における身体障害者福祉法の障害認定基準利用状況

身体障害者福祉法に基づく障害認定は、身体障害者福祉法のサービスを受けられる資格を認定するものであるが、それ以外にもいろいろな制度で活用されている。そこで、身体障害者福祉法に基づく障害認定がどのような制度で活用されているのかについて調査した。結果は、表4-1-24のとおりである。

この表からわかるように、身体障害認定は、本来の身体障害者福祉法のサービス利用以外としての機能は、すでに、障害者自立支援法に移行しており、身体障害者福祉法での障害認定は、自らのサービスの利用には活用されていない。むしろ、身体障害者福祉法以外のさまざまな制度で活用されていることがわかる。それらの制度は、身体障害者福祉法の目的である「身体障害者の」「社会経済活動への参加」を目的としていると考えられるものも多いが、特別障害者手当のように介護者の負担軽減のような制度にも活用されている。

D. 考察

(1) 障害認定の意味

障害を定義するという事は、政策や制度の対象となる障害者の範囲を決めることである。なぜ、このようなことを行う必要があるのか。その理由の第一は、ある施策を実施しようとする場合、その対象者が誰なのかを確定しないと具体的なサービス内容を決定できないし、予算も立てられないということがある。これは、障害者福祉、障害

者手当、バリアフリー対策などあらゆる障害者関連制度に共通する。しかし、障害の定義があっても、障害認定がなされないときもある。例えば、1975年の国連「障害者の権利宣言」においては、障害者とは「先天的か否かにかかわらず、身体的又は精神的能力の不全のために、通常の個人又は社会生活に必要なことを確保することが、自分自身では完全に、又は部分的にできない人のことを意味する」と定義しているが、国連が障害者の認定をしているわけではない。

障害者認定が必要なのは、何らかの理由で政策や制度の対象者を限定する必要がある場合である。その一つの例としては、ある政策や制度の予算に限りがある場合、あまり多くの人にばら撒いたのでは効果がなくなることから、予算を使う人を限定したいということがあるだろう。例えば、障害者手当のための予算が10億円あるとして、それを1億人のひとに分けたのでは一人あたり10円であるから、それをもらっても誰も助からないとするとその予算は有効に使われないことになる。しかし、それを1,000人の人に分ければ、一人あたり100万円になるので、日々の生活に困っている人は、一息つけるだろうし、障害のための出費あてることによって自立が促進されるかもしれない。そこで、その1,000人を選択するために障害認定が必要になる。その選択方法には、いろいろあって、障害の重い人々から1000人を選ぶという選択もあるだろう。あるいは、所得の低いほうから選択するという事も考えられる。ともかくも、制度の目的に照らして障害認定基準を作成し、その対象者を決定することになる。

(2) 認定制度をもつ制度ともたない制度

表4-3-3は、わが国の制度で障害を規定している法律を障害認定制度をもつものと持たないものに分けて制度を整理したものである。この表からわかるように、認定制度をもつものは、個人を特定してサービスを提供しようとするものである。基本法など理念を規定したものやバリアフリー関係法など個人を特定しないものについ

ては、認定制度をもたない。

また、認定制度をもっているも、独自に認定基準をもつものと、他の制度の認定基準を活用するものがある。

①独自に認定基準をもつもの

身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、年金各法、学校教育法など、独自に認定基準をもつものも多い。この場合は、なんらかの認定機関もつ。

②他の制度の認定基準を活用するもの

この場合には、さらに二種類ある。

(1)他の制度の認定基準をそのまま活用しているもの

例えば、雇用保険法では、「就職が困難なもの」として「障害者の雇用の促進等に関する法律二条第二号に規定する身体障害者」と「第二条第四号に規定する知的障害者」を規定している。

(2)他の複数の制度を指定してその認定基準にしているもの

生活保護法の障害者加算の対象者は、身体障害者福祉法、国民年金法、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の認定基準を活用してどれかに該当すれば、認定されるという方法をとっている。同様の方法は、所得税法など多くの制度で行っている。

これらの場合の認定方法は、障害者手帳など他の制度の証明書を活用して認定することになり、独自の認定機関はもたない。

③他の制度と同じ認定基準としているもの

他の制度の認定基準を活用するわけではなく、独自の基準として他の制度の認定基準と同じものを規定しているものもある。例えば、地方税法は、所得税法と同じ認定基準をもっている。全体の傾向としては、年金・手当関係、災害補償関係、雇用関係など、領域ごとによく似た認定基準としている。この場合は、原則として、独自に認定を行う。

(3)身体障害者福祉法の認定のありかた

身体障害者法の目的は、「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害

者を援助し、及び必要に応じて保護し、もつて身体障害者の福祉の増進を図ること」である（身体障害者福祉法第1条）。ところが、本法は、ホームヘルパーなどの障害に共通するサービスを障害者自立支援法に譲ってしまっているため、本法では、障害予防のみを行うだけである。むしろ、本法の認定基準は、税金の減免、重度障害者医療等の地方自治体のサービス、公共運賃割引等民間事業者のサービスの提供対象者を限定するための機能を果たしている。

すでに、身体障害者福祉法の認定基準は、意味を失っているともいえるが、この基準が今後も活用されるとすれば、フランスで行われたように複数の制度の共通の基準となるような使われ方になるだろう。例えば、国、地方自治体、民間事業者で、障害者の自立と社会経済活動への参加を目的とした制度の場合は、本法の認定基準を活用するというような使われ方である。

E. 結論

現状の国内の障害認定制度を分析し、障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義を検討した。その結果、身体障害者福祉法の障害認定は、障害に共通するサービスについては、障害者自立支援法の障害程度区分に譲ってしまっており、本法の認定基準は、税金の減免、重度障害者医療等の地方自治体のサービス、公共運賃割引等民間事業者のサービスの提供対象者を限定するための機能を果たすのみになっている。

すでに、身体障害者福祉法の認定基準は、意味を失っているともいえるが、この基準が今後も活用されるとすれば、国、地方自治体、民間事業者で、障害者の自立と社会経済活動への参加を目的とした制度の場合は、本法の認定基準を活用するというような複数の制度の共通の基準となるような使われ方になることが予想された。

F. 健康危機情報

特記事項なし。

表4-3-1 障害者関係制度の目的等の整理

法律・制度	目的	目標	方法
障害者自立支援法	障害者および障害児の福祉の増進	障害者および障害児の日常生活および社会生活の自立	障害者福祉サービスの給付その他の支援を行う
障害者基本法	障害者自立と社会・経済・文化等すべての分野への参加促進	障害者のための施策を総合的かつ計画的に推進	
身体障害者福祉法	身体障害者の福祉の増進	身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進	身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護
知的障害者福祉法	知的障害者の福祉	自立と社会経済活動への参加を促進	知的障害者を援助するとともに必要な保護を行い
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	「精神障害者の福祉の増進」と「国民の精神保健の向上」	社会復帰の促進、「自立」、「社会経済活動への参加の促進」、障害「発生の予防」、「国民の精神的健康の保持及び増進」	「医療」「保護」、「援助」
生活保護法	日本国憲法第二十五条の理念の実現	生活の保障と自立の助長	必要な保護を行う
介護保険法	国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ること	自立生活	必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付
生活福祉資金	障害者等の「安定した生活を営ましめること」	障害者等の「経済的自立及び生活意欲の助長促進並びに在宅福祉及び社会参加の促進」	資金の貸付けと必要な援助指導
国民年金法	健全な国民生活の維持及び向上に寄与すること	国民生活の安定がそこなわれることを防止	年金を給付
厚生年金保険法	労働者及びその遺族の生活の安定と福祉の向上に寄与すること	労働者の老齢、障害又は死亡について保険給付を行う	年金を給付する
特別児童扶養手当	「精神又は身体に障害を有する児童」「精神又は身体に重度の障害を有する児童」「精神又は身体に著しく重度の障害を有する者」の「福祉の増進を図ること」		「特別児童扶養手当」「障害児福祉手当」「特別障害者手当」を支給
児童扶養手当	児童の福祉の増進	障害者を父にもつ児童の家庭の生活の安定と自立の促進	手当の給付
	障害者の職業の安定	障害者の「職業生活における自立促進」	身体障害者又は知的障害者の雇用義務等に基づく雇用の促進等のための措置、「職業リハビリテーションの措置」「その他障害者がある能力に適合する職業に就くこと」
雇用保険	労働者の生活及び雇用の安定を図る労働者の生活及び雇用の安定を図る」と「労働者の職業の安定に資すること」		労働者が失業した場合及び労働者について雇用の継続が困難となる事由が生じた場合に必要な給付を行うほか、労働者が自ら職業に関する教育訓練を受けた場合に必要な給付を行う
最低賃金法	国民経済の健全な発展に寄与すること		「精神又は身体の障害により著しく労働能力の低い者」を同法による最低賃金が適用除外
一般職の職員の給与			扶養手当を扶養親族のある職員に

に関する法律			支給
労働基準法			
	労働者の福祉の増進に寄与すること	社会復帰の促進、労働条件の確保	保険給付を行うほか、労働福祉事業
国家公務員災害補償法	一般職国家公務員の「生活の安定と福祉の向上に寄与すること	本人の「社会復帰の促進」と本人及びその遺族の「援護」	年金や一時金の支給
警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律	国及び都道府県の責任として警察官の職務に協力援助した者が障害を受けるなどの災害を追った場合に、給付を行う		「傷病給付」、「障害給付」、「介護給付」、「遺族給付」、「葬祭給付」等
河川法		損害補償	療養補償、休業補償、障害補償、遺族補償又は葬祭補償などの金銭給付
戦傷病者戦没者遺族等援護法	国家補償	軍人軍属等であつた者又はこれらの者の遺族を援護すること	障害年金及び障害一時金の支給」、「遺族年金及び遺族給与金の支給」、「弔慰金の支給」であり、金銭の給付である。
戦傷病者特別援護法	国家補償	特に療養の給付等の援護を行なうこと	「療養の給付」、「療養手当の支給」、「葬祭費の支給」、「更生医療の給付」、「補装具の支給及び修理」、「国立の保養所への収容」、「鉄道及び連絡船への乗車及び乗船についての無賃取扱い」
恩給法	権利保障		普通恩給」、「増加恩給」、「傷病賜金」、「一時恩給」、「扶助料」「一時扶助料」などの金銭給付
所得税法			税額を減額
地方税法			税金の控除や減免
相続税			非課税措置
関税込率法			免税
高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律	公共の福祉の増進	高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の利便性及び安全性の向上の促進	「公共交通機関の旅客施設及び車両等の構造及び設備を改善するための措置」、「旅客施設を中心とした一定の地区における道路、駅前広場、通路その他の施設の整備を推進するための措置」
道路交通法	道路における危険を防止し、その他交通の安全と円滑を図り、及び道路の交通に起因する障害の防止に資すること		禁止事項除外、盲人の杖盲導犬の携帯義務、盲人の歩行時の保護、シートベルト免除、免許証取得制限
自動車損害賠償保障法	「被害者の保護」と「自動車運送の健全な発達	自動車事故による「損害賠償を保障する制度を確立すること」	賠償金の支給
高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律	公共の福祉の増進	建築物の質の向上	身体障害者その他日常生活又は社会生活に身体の機能上の制限を受ける者が円滑に利用できる建築物の建築の促進のための措置を講ずること
都市基盤整備公団法	国民生活の安定向上と国民経済の健全な発展	居住環境の向上及び都市機能の増進を図る」「都市環境の改善	「市街地の整備改善」、「賃貸住宅の供給・管理」、「根幹的な都市公園の整備」等
公営住宅法	国民生活の安定と社会福祉の増進に寄与		「健康で文化的な生活を営むに足りる住宅を整備」し、「住宅に困窮

	することを目的		する低額所得者に対して低廉な家賃で賃貸し又は転貸する」
身体障害者の利便の増進に資する通信・放送身体障害者利用円滑化事業の推進に関する法律	社会経済の情報化の進展に伴い身体障害者の電気通信の利用の機会を確保すること	通信・放送役務の利用に関する身体障害者の利便の増進を図り、もって情報化の均衡ある発展に資すること	通信・放送身体障害者利用円滑化事業を推進するための措置を講ずること
放送法	放送の「健全な発達を図る」	障害者の情報保障	
児童福祉法	児童及び知的障害者の福祉		「保護」「独立自活に必要な知識技能を与える」「独立自活に必要な指導又は援助」「治療」「日常生活の指導」
学校教育法	欠陥を補うために、必要な知識技能を授けること		学校での教育
予防接種法	健康被害の救済		「障害児養育年金」、「障害年金」「死亡一時金」、「葬祭料」、
公害健康被害の補償等に関する法律	健康被害に係る被害者等の迅速かつ公正な保護及び健康の確保	「健康被害に係る損害を補填するための補償」と「被害者の福祉に必要な事業」	「障害補償費」
独立行政法人医薬品医療機器総合機構法	医薬品の副作用による健康被害の迅速な救済を図ること		医療費、医療手当、障害年金、障害児養育年金、遺族年金、遺族一時金及び葬祭料の給付
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律	国の責任」を果たす	被爆者の健康の保持及び増進並びに福祉の向上を図る	
著作権法	文化の発展に寄与すること	著作者等の権利の保護	著作者等の権利の保護の一部制限
公職選挙法	民主政治の健全な発達を期すること	公選が選挙人の自由に表明せる意思によつて公明且つ適正に行われることを確保すること	代理投票、不在者投票
災害対策基本法	社会の秩序の維持と公共の福祉の確保	国土並びに国民の生命、身体及び財産を災害から保護	障害者等に対する特別な配慮
災害弔慰金の支給等に関する法律			災害により精神又は身体に著しい障害を受けた者に対して支給する災害障害見舞金
あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律			受験要件を緩和、職業を保護、特別な配慮
鳥獣保護及狩猟ニ関スル法律			欠格条項
放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律	公共の安全を確保	放射線障害を防止	欠格条項
刑法			身体障害等を遺棄した者の罪を重くする
酒に酔つて公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律	公共の福祉に寄与	過度の飲酒が個人的及び社会的に及ぼす害悪を防止	精神障害者の除外
石油需給適正化法	石油の需給を適正化	石油の適正な供給を確保し、及び石油の使用を節減するための措置	身体障害者でその生計を維持するため揮発油を確保することが不可欠である者に対し、特別な配慮をする
国有財産特別措置法	公共の利益の増進、民生の安定、産業の振興等に有効適切に寄与	国有財産の管理、処分における特例	身体障害者福祉法と知的障害者福祉法の規定に基づく施設への無償貸付

	させる		
--	-----	--	--

表4-3-2 障害認定の目的の整理

1	①障害者（児）の福祉の増進	
	②障害者の（生活）自立促進	障害者の社会・経済・文化等への参加促進 社会復帰促進 雇用促進 障害者の機会の確保 障害者等の生活意欲の助長促進 職業リハビリテーション 学校教育 雇用の継続のための給付 職業に関する教育訓練 知識提供 情報保障 労働条件の確保 労働福祉事業 補装具の支給及び修理
	③障害者等の安定した生活を保障	障害者等の在宅福祉の促進 障害者等の生活の安定 経済的安定 資金の貸付 年金給付 手当支給 鉄道及船舶の運賃免除・割引 税金の控除や減免 公共交通機関の旅客施設の改善 公共交通機関車両の構造設備の改善 障害者の職業の安定 障害者の保護 知識の提供 情報保障 障害者等の救済 被爆者の健康の保持及び増進 損害補償 公共交通機関を利用した移動の利便性の向上 移動の安全性の向上 建築物の質の向上 居住環境の向上 都市機能の増進 都市環境の改善 円滑に利用できる建築物の建築の促進

		<p>通信・放送役務の利用に関する利便の増進</p> <p>市街地の整備改善</p> <p>賃貸住宅の供給・管理</p> <p>根幹的な都市公園の整備</p> <p>住宅整備</p> <p>低廉な家賃で賃貸し又は転貸</p> <p>通信・放送利用円滑化</p> <p>医療・療養の給付</p> <p>資金の貸付</p> <p>年金給付</p> <p>国立の保養所への収容</p> <p>旅客施設を中心とした一定の地区における道路、駅前広場、通路その他の施設の整備を推進</p> <p>障害見舞</p> <p>禁止除外</p> <p> 駐車禁止事項除外</p> <p> シートベルト免除</p> <p>著作者等の権利の一部制限</p>
	④社会防衛	<p>権利制限</p> <p>障害の防止</p> <p>放射線障害防止</p> <p>最低賃金の適用除外</p> <p>免許証取得制限</p> <p>欠格条項</p> <p>義務付与</p> <p>盲人の杖盲導犬の携帯義務</p>
	⑤権利保障	<p>公選を確保</p> <p>代理投票</p> <p>不在者投票</p>
	⑥便宜提供	国有財産の管理・処分における特例
	⑦平等の確保	受験要件を緩和
	⑧国家賠償	賠償金の支給

表 4-3-3 障害認定制度をもつ法律ともない法律

分野	障害認定制度をもつもの	障害認定制度をもたないもの
障害者福祉	①身体障害者福祉法 ②知的障害者福祉法 ③精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	①障害者基本法 ②障害者自立支援法
社会福祉	①生活保護法 ②介護保険法 ③生活福祉資金	
年金・手当	①国民年金法 ②厚生年金法 ③心身障害者扶養共済制度 ④特別児童扶養手当 ⑤障害児福祉手当 ⑥特別障害者手当 ⑦児童扶養手当	
雇用・労働	①障害者の雇用の促進等に関する法律 ②雇用保険法 ③一般職の職員の給与に関する法律	①最低賃金法
労働災害	①労働基準法 ②労働者災害補償保険法 ③国家公務員災害補償法 ④警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律 ⑤河川法	
戦傷	①恩給法 ②戦傷病者戦没者遺族等援護法 ③戦傷病者特別援護法	
税制	①所得税法 ②地方税法 ③相続税法	①関税込率法
交通	①道路交通法 ②自動車損害賠償保障法 ③身体障害者旅客運賃割引規則 ④知的障害者旅客運賃割引規則	①高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律
建築	①都市基盤整備公団法 ②公営住宅法 ③都市基盤整備公団法	①高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律
通信		①身体障害者の利便の増進に資する通信・放

		送身体障害者利用円滑化事業の推進に関する法律 ②放送法
児童・教育	①児童福祉法 ②学校教育法	
国家賠償	①予防接種法 ②公害健康被害の補償等に関する法律 ③医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法 ④原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律	
権利関係	①公職選挙法	①著作権法
災害関係	①災害弔慰金の支給等に関する法律	①災害対策基本法
資格関係	①あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律	
刑法関係		①刑法 ②酒に酔つて公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律
その他		①石油需給適正化法 ②国有財産特別措置法

表 4-3-4 身体障害者福祉法の障害認定基準

<p>身体障害者障害程度等級表（身体障害者福祉法施行規則別表第5号）</p> <p>1級 ①両眼の視力（万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ）の和が0.01以下のもの</p> <p>②1 両上肢の機能を全廃したもの ②2 両上肢を手関節以上で欠くもの ③1 両下肢の機能を全廃したもの ③2 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの ④体幹の機能障害により座っていることができないもの ⑤1 不随意運動・失調等により日常生活動作がほとんど不可能なもの（上肢機能） ⑤2 不随意運動・失調等により歩行が困難なもの（移動機能） ⑥心臓の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの ⑦腎臓の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの ⑧呼吸器の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの ⑨膀胱又は直腸の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの ⑩小腸の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの ⑪ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能なもの</p> <p>2級 ①1 両眼の視力の和が0.02以上0.04以下のもの</p>	
--	--

- ①2 両眼の視野がそれぞれ 10 度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が 95%以上のもの
- ②両耳の聴力レベルが 100 デシベル以上のもの（両耳全ろう）
- ③1 両上肢の機能の著しい障害
- ③2 両上肢のすべての指を欠くもの
- ③3 一上肢を上腕の 2 分の 1 以上で欠くもの
- ③4 一上肢の機能を全廃したもの
- ④1 両下肢の機能の著しい障害
- ④2 両下肢を下腿の 2 分の 1 以上で欠くもの
- ⑤1 体幹の機能障害により座位又は起立位を保つことが困難なもの
- ⑤2 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの
- ⑥1 不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの（上肢機能）
- ⑥2 不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの（移動機能）
- ⑦ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活が極度に制限されるもの

- 3 級
- ①1 両眼の視力の和が 0.05 以上 0.08 以下のもの
 - ①2 両眼の視野がそれぞれ 10 度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が 90%以上のもの
 - ②両耳の聴力レベルが 90 デシベル以上のもの（耳介に接しなければ大声語を理解しないもの）
 - ③平衡機能の極めて著しい障害
 - ④音声機能、言語機能又は咀嚼機能の喪失
 - ⑤1 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの
 - ⑤2 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの
 - ⑤3 一上肢の機能の著しい障害
 - ⑤4 一上肢のすべての指を欠くもの
 - ⑤5 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの
 - ⑥1 両下肢をショーパー関節以上で欠くもの
 - ⑥2 一下肢を大腿の 2 分の 1 以上で欠くもの
 - ⑥3 一下肢の機能を全廃したもの
 - ⑦体幹の機能障害により歩行が困難なもの
 - ⑧1 不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの（上肢機能）
 - ⑧2 不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活活動に制限されるもの（移動機能）
 - ⑨心臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの
 - ⑩腎臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの
 - ⑪呼吸器の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの
 - ⑫膀胱又は直腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの
 - ⑬小腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの
 - ⑭ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活が著しく制限されるもの（社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く）

- 4 級
- ①1 両眼の視力の和が 0.09 以上 0.12 以下のもの
 - ②2 両眼の視野がそれぞれ 10 度以内のもの
 - ③1 両耳の聴力レベルが 80 デシベル以上のもの（耳介に接しなければ話声語を理解し得ないもの）
 - ④音声機能、言語機能又は咀嚼機能の著しい障害
 - ⑤1 両上肢のおや指を欠くもの

- ⑤2 両上肢のおや指の機能を全廃したもの
- ⑤3 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能を全廃したもの
- ⑤4 一上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの
- ⑤5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの
- ⑤6 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指を欠くもの
- ⑤7 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能を全廃したもの
- ⑤8 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の四指の機能の著しい障害
- ⑥1 両下肢のすべての指を欠くもの
- ⑥2 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの
- ⑥3 一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの
- ⑥4 一下肢の機能の著しい障害
- ⑥5 一下肢の股関節又は膝関節の機能を全廃したもの
- ⑥6 一下肢が健側に比して10センチメートル以上又は健側の長さの10分の1以上短いもの
- ⑦1 不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの（上肢機能）
- ⑦2 不随運動・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの（移動機能）
- ⑧ 心臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの
- ⑨ 腎臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの
- ⑩ 呼吸器の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの
- ⑪ 膀胱又は直腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの
- ⑫ 小腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの
- ⑬ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活活動が著しく制限されるもの

- 5級
- ①1 両眼の視力の和が0.13以上0.2以下のもの
 - ①2 両眼による視野の2分の1以上欠けているもの
 - ② 平衡機能の著しい障害
 - ③1 両上肢のおや指の機能の著しい障害
 - ③2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の著しい障害
 - ③3 一上肢のおや指を欠くもの
 - ③4 一上肢のおや指の機能を全廃したもの
 - ③5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能の著しい障害
 - ③6 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能の著しい障害
 - ④1 一下肢の股関節又は膝関節の機能の著しい障害
 - ④2 一下肢の足関節の機能を全廃したもの
 - ④3 一下肢が健側に比して5センチメートル以上又は15分の1以上短いもの
 - ⑤ 体幹の機能の著しい障害
 - ⑥1 不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動に支障のあるもの（上肢機能）
 - ⑥2 不随運動・失調等による社会での日常生活活動に支障のあるもの（移動機能）

- 6級
- ① 一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもので、両眼の視力の和が0.2を越えるもの
 - ②1 両耳の聴力レベルが70デシベル以上のもの（40センチメートル以上の距離で発生された会話を理解し得ないもの）
 - ②2 一側耳の聴力レベルが90デシベル以上、他側耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの
 - ③1 一上肢のおや指の機能の著しい障害
 - ③2 ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠くもの
 - ③3 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能を全廃したもの

- ④1 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの
- ④2 一下肢の足関節の機能の著しい障害
- ⑤1 不随運動・失調等により上肢の機能の劣るもの（上肢機能）
- ⑤2 不随運動・失調等により移動機能の劣るもの（移動機能）

- 7級
- ①1 一上肢の機能の軽度の障害
 - ①2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害
 - ①3 一上肢の手指の機能の軽度の障害
 - ①4 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能の著しい障害
 - ①5 一上肢のなか指、くすり指及び小指を欠くもの
 - ①6 一上肢のなか指、くすり指及び小指の機能を全廃したもの
 - ②1 両下肢のすべての指の機能の著しい障害
 - ②2 一下肢の機能の軽度の障害
 - ②3 一下肢の股関節、膝関節又は足関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害
 - ②4 一下肢のすべての指を欠くもの
 - ②5 一下肢のすべての指の機能を全廃したもの
 - ②6 一下肢が健側に比して3センチメートル以上又は健側の長さの20分の1以上短いもの
 - ③1 上肢に不随運動・失調等を有するもの（上肢機能）
 - ③2 下肢に不随意運動・失調等を有するもの（移動機能）

（備考）

- 1 同一の等級において2つの重複する障害がある場合は、1級上の級とする。ただし、2つの重複する障害が特に本表中に指定せられているものは、該当等級とする。
- 2 肢体不自由においては、7級に該当する障害が2以上重複する場合は、6級とする。
- 3 異なる等級について2以上の重複する障害がある場合については、障害の程度を勘案して当該等級より上の級とすることができる。
- 4 「指を欠くもの」とは、おや指については指骨間関節、その他の指については第一指骨間関節以上を欠くものをいう。
- 5 「指の機能障害」とは、中手指節関節以下の障害をいい、おや指については、対抗運動障害を含むものとする。
- 6 上肢又は下肢欠損の断端の長さは、実用長（上腕においては腋窩より、大腿においては座骨結節の高さより計測したもの）をもって計測したものをいう。
- 7 下肢の長さは、前腸骨棘より内くるぶし下端までを計測したものをいう。

表4-3-5 特別児童扶養手当等の支給に関する法律の認定基準

- a 両眼の視力の和が0.04以下の者
- b 両耳の聴力レベルが100dB以上のもの
- c 両上肢の機能に著しい障害を有するもの又は両上肢のすべての指を欠くものもしくは両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの
- d 両下肢の機能に著しい障害を有するもの又は両下肢を足関節以上で欠くもの
- e 体幹の機能に座っていることが出来ない程度又は立ち上がることが出来ない程度の障害を有するもの
- f a～eまでに掲げるものの外、身体機能の障害又は長期にわたる安静を要する病状がa～fまでと同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
- g 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの

表4-3-6 国民年金法の障害認定基準

1級	1 両眼の視力の和が0.04以下のもの
	2 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの
	3 両上肢の機能に著しい障害を有するもの
	4 両上肢のすべての指を欠くもの
	5 両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの
	6 両下肢の機能に著しい障害を有するもの
	7 両下肢を足関節以上で欠くもの
	8 体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの
	9 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
	10 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
	11 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められるもの
2級	1 両眼の視力の和が0.05以上0.08以下のもの
	2 両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの
	3 平衡機能に著しい障害を有するもの
	4 咀嚼の機能を欠くもの
	5 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの
	6 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指を欠くもの
	7 両上肢のおや指とひとさし指又は中指の機能に著しい障害を有するもの
	8 1上肢の機能に著しい障害を有するもの
	9 1上肢のすべての指を欠くもの
	10 1上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの
	11 両下肢のすべての指を欠くもの
	12 1下肢の機能に著しい障害を有するもの
	13 1下肢を足関節以上で欠くもの
	14 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの
	15 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
	16 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
	17 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められるもの
(備考)	視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

表4-3-6 厚生年金法の障害認定基準

	1級と2級は、国民年金と同じ
3級	1 両眼の視力の和が0.1以下に減じたもの
	2 両耳の聴力が、40センチメートル以上では通常の話声を解することができない程度に減じたもの
	3 咀嚼又は言語の機能に相当程度の障害を残すもの
	4 脊柱の機能に著しい障害を残すもの
	5 1上肢の3大関節のうち、2関節の用を廃したもの

- 6 1 下肢の3大関節のうち、2関節の用を廃したもの
- 7 長管状骨に偽関節を残し、運動機能に著しい障害を残すもの
- 8 1 上肢のおや指及びひとさし指を失ったもの又はおや指若しくはひとさし指を併せ1 上肢の3指以上を失ったもの
- 9 おや指及びひとさし指併せて1 上肢の四指の用を廃したもの
- 10 1 下肢をリスフラン関節以上で失ったもの
- 11 両下肢の十趾の用を廃したもの
- 12 前各号に掲げるもののほか、身体の機能に、労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの
- 13 精神又は神経系統に、労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの
- 14 傷病がなおらないで、身体の機能又は精神若しくは神経系統に、労働が制限を受けるか、又は労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を残すものであって、厚生大臣が定めるもの

(備考)

- 1 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。
- 2 指を失ったものとは、おや指は指節間関節、その他の指は近位指節関節以上を失ったものをいう。
- 3 指の用を廃したものとは、指の末節の半分以上を失い、又は中手指節関節若しくは近位指節関節（おや指にあては指節間関節）に著しい運動障害を残すものをいう。
- 4 趾の用を廃したものとは、第1趾は末節の半分以上、その他の趾は遠位趾節間関節以上を失ったもの又は中足趾節関節若しくは近位趾節間関節（第一趾にあては趾節間関節）に著しい運動障害を残すものをいう。

障害手当金

- 1 両眼の視力が0.6以下に減じたもの
- 2 1眼の視力が0.1以下に減じたもの
- 3 両眼のまぶたに著しい欠損を残すもの
- 4 両眼による視野が2分の1以上欠損したもの又は両眼の視野が10度以内のもの
- 5 両眼の調節機能及び輻輳機能に著しい障害を有するもの
- 6 1 耳の聴力が、耳殻に接しなければ大声による話を解することができない程度に減じたもの
- 7 咀嚼又は言語の機能に障害を残すもの
- 8 鼻を欠損し、その機能に著しい障害を残すもの
- 9 脊柱の機能の障害を残すもの
- 10 1 上肢の3大関節のうち、1関節に著しい機能障害を残すもの
- 11 1 下肢の3大関節のうち、1関節に著しい機能障害を残すもの
- 12 1 下肢を3センチメートル以上短縮したもの
- 13 長管状骨に著しい変形を残すもの
- 14 1 上肢の2指以上を失ったもの
- 15 1 上肢のひとさし指を失ったもの
- 16 1 上肢の3指以上の用を廃したもの
- 17 ひとさし指を併せ1 上肢の2指の用を廃したもの
- 18 1 上肢のおや指の用を廃したもの
- 19 1 下肢の第1趾又は他の4趾以上失ったもの
- 20 1 下肢の5趾の用を廃したもの
- 21 全各号に掲げるもののほか、身体の機能に、労働が制限を受けるか、又は労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を有するもの
- 22 精神又は神経系統に、労働が制限を受けるか、又は労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を有するもの

(備考)

- 1 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。
- 2 指を失ったものとは、おや指は指節間関節、その他の指は近位指節関節以上を失ったものをいう。
- 3 指の用を廃したものとは、指の末節の半分以上を失い、又は中手指節関節若しくは近位指節関節（おや指に又は指節間関節）に著しい運動障害を残すものをいう。
- 4 趾を失ったものとは、その全部を失ったものをいう。
- 5 趾の用を廃したものとは、第1趾は末節の半分以上、その他の趾は遠位趾節間関節以上を失ったもの又は中足趾節関節若しくは近位趾節間関節（第一趾にあっては趾節間関節）に著しい運動障害を残すものをいう。

表4-3-7 労働者災害補償保険法の障害認定基準

- | | |
|-----|--|
| 第1級 | <ul style="list-style-type: none"> ①神経系統の機能又は精神に著しい障害を有し、常に介護を要するもの ②胸腹部臓器の機能に著しい障害を有し、常に介護を要するもの ③両眼が失明しているもの ④咀嚼及び言語の機能を廃しているもの ⑤両上肢をひじ関節以上で失っているもの ⑥両上肢の用を全廃しているもの ⑦両下肢をひざ関節以上で失っているもの ⑧両下肢の用を全廃しているもの ⑨前各号に定めるものと同程度以上の障害の状態にあるもの |
| 第2級 | <ul style="list-style-type: none"> ①神経系統の機能又は精神に著しい障害を有し、随時介護を要するもの ②胸腹部臓器の機能に著しい障害を有し、随時介護を要するもの ③両眼の視力の和が0.02以下になっているもの ④両上肢を腕関節以上で失ったもの ⑤両下肢を足関節以上で失ったもの ⑥前各号に定めるものと同程度以上の障害の状態にあるもの |
| 第3級 | <ul style="list-style-type: none"> ①神経系統の機能又は著しい障害を有し、常に労務に服することができないもの ②胸腹部臓器の機能に著しい障害を有し、常に労務に服することができないもの ③一眼が失明し、他眼の視力が0.06以下になっているもの ④咀嚼又は言語の機能を廃しているもの ⑤両手の手指の全部を失ったもの ⑥第1号及び第2号に定めるもののほか常に労務に服することができないものその他前各号に定めるものと同程度以上の障害の状態にあるもの |

(別表7) 障害等級表 (第14条、第15条、第18条の8関係)

- | | |
|-----|--|
| 第1級 | <ul style="list-style-type: none"> ①両眼が失明したもの ②咀嚼及び言語の機能を廃したもの ③神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの ④胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を要するもの ⑤削除 ⑥両上肢をひじ関節以上で失ったもの ⑦両上肢の用を全廃したもの ⑧両下肢をひざ関節以上で失ったもの ⑨両下肢の用を全廃したもの |
| 第2級 | <ul style="list-style-type: none"> ①一眼が失明し、他眼の視力が0.02以下になったもの ②両眼の視力が0.02以下になったもの ②の2 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの |

- ②の3 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、随時介護を要するもの
- ③両上肢を腕関節以上で失ったもの
- ④両下肢を足関節以上で失ったもの

- 第3級
- ①一眼が失明し、他眼の視力が0.06以下になったもの
 - ②咀嚼又は言語の機能を廃したもの
 - ③神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの
 - ④胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの
 - ⑤両手の手指の全部を失ったもの

- 第4級
- ①両眼の視力が0.06以下になったもの
 - ②咀嚼及び言語の機能に著しい障害を残すもの
 - ③両耳の聴力を全く失ったもの
 - ④一上肢をひじ関節以上で失ったもの
 - ⑤一下肢をひざ関節以上で失ったもの
 - ⑥両手の手指の全部の用を廃したもの
 - ⑦両足をリスフラン関節以上で失ったもの

- 第5級
- ①一眼が失明し、他眼の視力が0.1以下になったもの
 - ①の2 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの
 - ①の3 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの
 - ②一上肢を腕関節以上で失ったもの
 - ③一下肢を足関節以上で失ったもの
 - ④一上肢の用を全廃したもの
 - ⑤一下肢の用を全廃したもの
 - ⑥両足の足指の全部を失ったもの

- 第6級
- ①両眼の視力が0.1以下になったもの
 - ②咀嚼又は言語の機能に著しい障害を残すもの
 - ③両耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの
 - ③の2 一耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話声を解することが出来ない程度になったもの
 - ④せき柱に著しい奇形又は運動障害を残すもの
 - ⑤一上肢の三大関節中の二関節の用を廃したもの
 - ⑥一下肢の三大関節中の二関節の用を廃したもの
 - ⑦一手の五の手指又は母指及び示指を含み四の手指を失ったもの

- 第7級
- ①一眼が失明し、他眼の視力が0.6以下になったもの
 - ②両耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話声を解することが出来ない程度になったもの
 - ②の2 一耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話をする事が出来ない程度になったもの
 - ③神経系統の機能又は精神に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの
 - ④削除
 - ⑤胸腹部臓器の機能に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの
 - ⑥一手の母指及び示指を失ったもの又は母子若しくは示指を含み三以上の手指を失ったもの
 - ⑦一手の五の手指又は母子及び示指を含み四の手指の用を廃したもの

- ⑧一足をリスフラン関節以上で失ったもの
- ⑨一上肢に仮関節を残し、著しい運動障害を残すもの
- ⑩一下肢に仮関節を残し、著しい運動障害を残すもの
- ⑪両足の足指の全部の用を廃したもの
- ⑫女性の外ぼうに著しい醜状を残すもの
- ⑬両側のこう丸を失ったもの

- 第 8 級
- ①一眼が失明し、又は一眼の視力が 0.02 以下になったもの
 - ②せき柱に運動障害を残すもの
 - ③一手の母指を含み二の手指を失ったもの
 - ④一手の母指及び示指又は母子若しくは示指を含み三以上の手指の用を廃したのもの
 - ⑤一下肢を 5 センチメートル以上短縮したもの
 - ⑥一上肢の三大関節中の一関節の用を廃したもの
 - ⑦一下肢の三大関節中の一関節の用を廃したもの
 - ⑧一上肢に仮関節を残すもの
 - ⑨一上肢に仮関節を残すもの
 - ⑩一足の足指の全部を失ったもの
 - ⑪ひ臓又は一側の腎臓を失ったもの

- 第 9 級
- ①両眼の視力が 0.6 以下になったもの
 - ②一眼の視力が 0.06 以下になったもの
 - ③両眼に半盲症、視野狭さく又は視野変状を残すもの
 - ④両側のまぶたに著しい障害を残すもの
 - ⑤鼻を欠損し、その機能に著しい障害を残すもの
 - ⑥咀嚼及び言語の機能に障害を残すもの
 - ⑥の 2 両耳の聴力が 1 メートル以上の距離では普通の話声を解することが出来ない程度になったもの
 - ⑥の 3 一耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になり、他耳の聴力が 1 メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの
 - ⑦一耳の聴力を全く失ったもの
 - ⑦の 2 神経系統の機能又は精神に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの
 - ⑦の 3 胸腹部臓器の機能に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの
 - ⑧一手の母指を失ったもの、示指を含み二の手指を失ったもの又は母指及び示指以外の三の手指を失ったもの
 - ⑨一手の母指を含み二の手指の用を廃したもの
 - ⑩一足の第一の足指を含み二以上の足指を失ったもの
 - ⑪一足の足指の全部の用を廃したもの
 - ⑫生殖器に著しい障害を残すもの

- 第 10 級
- ①一眼の視力が 0.1 以下になったもの
 - ②咀嚼又は言語の機能に障害を残すもの
 - ③十四歯以上に対し歯科補てつを加えたもの
 - ③の 2 両耳の聴力が 1 メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの
 - ④耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの
 - ⑤一手の示指を失ったもの又は母指及び示指以外の二の手指を失ったもの
 - ⑥一手の母指の用を廃したもの、示指を含み二の手指の用を廃したもの又は母指及び示指以外の三の手指の用を廃したもの
 - ⑦一下肢を 3 センチメートル以上短縮したもの

- ⑧一足の第一の足指又は他の四の足指を失ったもの
- ⑨一上肢の三大関節中の一関節の機能に著しい障害を残すもの
- ⑩一下肢の三大関節中の一関節の機能に著しい障害を残すもの

- 第 11 級
- ①両眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すもの
 - ②両眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの
 - ③一眼のまぶたに著しい欠損を残すもの
 - ③の 2 10 歯以上に対し歯科補てつを加えたもの
 - ③の 3 両耳の聴力が 1 メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの
 - ④一耳の聴力が 40 センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの
 - ⑤せき柱に奇形を残すもの
 - ⑥一手の中指又は薬指を失ったもの
 - ⑦一手の示指の用を廃したもの又は母指及び示指以外の二の手指の用を廃したもの
 - ⑧一足の第一の足指を含み二以上の足指の用を廃したもの
 - ⑨胸腹部臓器に障害を残すもの

- 第 12 級
- ①一眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すもの
 - ②一眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの
 - ③七歯以上に対し歯科補てつを加えたもの
 - ④一耳の耳かくの大部分を欠損したもの
 - ⑤鎖骨、胸骨、ろっ骨、肩こう骨又は骨盤骨に著しい奇形を残すもの
 - ⑥一上肢の三大関節中の一関節の機能に障害を残すもの
 - ⑦一下肢の三大関節中の一関節の機能に障害を残すもの
 - ⑧長管骨に奇形を残すもの
 - ⑨一手の中指又は薬指の用を廃したもの
 - ⑩一足の第二の足指を失ったもの、第二の足指を含み二の足指を失ったもの又は第三の足指以下の三の足指を失ったもの
 - ⑪一足の第一の足指又は他の四の足指の用を廃したもの
 - ⑫局部にがん固な神経症状を残すもの
 - ⑬男性の外ぼうに著しい醜状を残すもの
 - ⑭女性の外ぼうに醜状を残すもの

- 第 13 級
- ①一眼の視力が 0.6 以下になったもの
 - ②一眼に半盲症、視野狭さく又は視野変状を残すもの
 - ③両眼のまぶたの一部に欠損を残し又はまつげはげを残すもの
 - ③の 2 5 歯以上に対し歯科補てつを加えたもの
 - ④一手の小指を失ったもの
 - ⑤一手の母指の指骨の一部を失ったもの
 - ⑥一手の示指の指骨の一部を失ったもの
 - ⑦一手の示指の末関節を屈伸することができなくなったもの
 - ⑧一下肢を 1 センチメートル以上短縮したもの
 - ⑨一足の第三の足指以下の一又は二の足指を失ったもの
 - ⑩一足の第二の足指の用をもの、第二の足指を含み二の足指用を廃したもの又は第三の足指以下の三の足指の用を廃したもの

- 第 14 級
- ①一眼のまぶたの一部に欠損を残し、又はまつげはげを残すもの
 - ②三歯以上に対し歯科補てつを加えたもの
 - ②の 2 一耳の聴力が 1 メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの

- ③上肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの
- ④下肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの
- ⑤一手の小指の用を廃したもの
- ⑥一手の母指及び示指以外の手指の指骨の一部を失ったもの
- ⑦一手の母指及び示指以外の手指の末関節を屈伸することができなくなったもの
- ⑧一足の第三の足指以下の一又は二の足指の用を廃したもの
- ⑨局部に神経症状を残すもの
- ⑩男性の外ぼうに醜状を残すもの

(備考)

- 1 視力の測定は、万国式試視力表による。屈折異常のあるものについては矯正視力について測定する。
- 2 手指を失ったものとは、母指は指関節、その他の手指は第一指関節以上を失ったものをいう。
- 3 手指の用を廃したものとは、手指の末節の半分以上を失い、又は中手指節関節若しくは第一指関節（母指にあつては指関節）に著しい運動障害を残すものをいう。
- 4 足指を失ったものとは、その全部を失ったものをいう。
- 5 足指の用を廃したものとは、第一の足指は末節の半分以上、その他の足指は末関節以上を失ったもの又は中足節指関節若しくは第一指関節（第一の足指にあつては指関節）に著しい運動障害を残すものをいう。

表4-3-8 自動車損害賠償保障法の障害認定基準

(別表8) 後遺障害等級表（令第2条、別表）

第1級 ①両眼が失明したもの

- ②咀嚼及び言語の機能を廃したもの
- ③神経系統の機能に著しい障害を残し、常に介護を要するもの
- ④胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を要するもの
- ⑤両上肢をひじ関節以上で失ったもの
- ⑥両上肢の用を廃したもの
- ⑦両下肢をひざ関節以上で失ったもの
- ⑧両下肢の用を廃したもの

第2級 ①一眼が失明し、他眼の視力が0.02以下になったもの

- ②両眼の視力が0.02以下になったもの
- ③神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの
- ④胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、随時介護を要するもの
- ⑤両上肢を腕関節以上で失ったもの
- ⑥両下肢を足関節以上で失ったもの

第3級 ①一眼が失明し、他眼の視力が0.06以下になったもの

- ②咀嚼又は言語の機能を廃したもの
- ③神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、終身労務に服することが出来ないもの
- ④胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、終身労務に服することが出来ないもの
- ⑤両手の手指を全部失ったもの

第4級 ①両眼の視力が0.06以下になったもの

- ②咀嚼及び言語の機能に著しい障害を残すもの
- ③両耳の聴力を全く失ったもの
- ④一上肢をひじ関節以上で失ったもの
- ⑤一下肢をひざ関節以上で失ったもの
- ⑥両手の手指の全部の用を廃したもの

⑦両足をリスフラン関節以上で失ったもの

- 第5級
- ①一眼が失明し、他眼の視力が0.1以下になったもの
 - ②神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの
 - ③胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの
 - ④一上肢を腕関節以上で失ったもの
 - ⑤一下肢を足関節以上で失ったもの
 - ⑥一上肢の用を全廃したもの
 - ⑦一下肢の用を全廃したもの
 - ⑧両足の足指の全部を失ったもの

- 第6級
- ①両眼の視力が0.1以下になったもの
 - ②咀嚼及び言語の機能に著しい障害を残すもの
 - ③両耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの
 - ④一耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの
 - ⑤脊柱に著しい奇形又は運動障害を残すもの
 - ⑥一上肢の三大関節中の二関節の用を廃したもの
 - ⑦一下肢の三大関節中の二関節の用を廃したもの
 - ⑧一手の五の手指又はおや指及びひとさし指を含み四の手指を失ったもの

- 第7級
- ①一眼が失明し、他眼の視力が0.6以下になったもの
 - ②両耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの
 - ③一耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの
 - ④神経系統の機能又は精神に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの
 - ⑤胸腹部臓器の機能に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの
 - ⑥一手のおや指及びひとさし指を失ったもの又はおや指若しくはひとさし指を含み三以上の手指を失ったもの
 - ⑦一手の五の手指又はおや指及びひとさし指を含み四の手指の用を廃したもの
 - ⑧一足をリスフラン関節以上で失ったもの
 - ⑨一上肢に仮関節を残し、著しい運動障害を残すもの
 - ⑩一下肢に仮関節を残し、著しい運動障害を残すもの
 - ⑪両足の足指の全部の用を廃したもの
 - ⑫女子の外貌に著しい醜状を遺すもの
 - ⑬両側の睾丸を失ったもの

- 第8級
- ①一眼が失明し、又は一眼の視力が0.02以下になったもの
 - ②脊柱に運動障害を残すもの
 - ③一手のおや指を含み二の手指を失ったもの
 - ④一手のおや指及びひとさし指又はおや指若しくはひとさし指を含み三以上の手指の用を廃したもの
 - ⑤一下肢を5センチメートル以上短縮したもの
 - ⑥一上肢の三大関節中の一関節の用を廃したもの
 - ⑦一下肢の三大関節中の一関節の用を廃したもの
 - ⑧一上肢に仮関節を残すもの
 - ⑨一下肢に仮関節を残すもの

- ⑩一足の足指の全部を失ったもの
- ⑪脾臓又は一個の腎臓を失ったもの

第 9 級

- ①両眼の視力が 0.6 以下になったもの
- ②一眼の視力が 0.06 以下になったもの
- ③両眼に半盲症、視野狭窄又は視野変状を残すもの
- ④両眼のまぶたに著しい障害を残すもの
- ⑤鼻を欠損し、その機能に著しい障害を残すもの
- ⑥咀嚼及び言語の機能に障害を残すもの
- ⑦両耳の聴力が 1メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの
- ⑧一耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になり、他耳の聴力が 1メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの
- ⑨一耳の聴力を全く失ったもの
- ⑩神経系統の機能又は精神に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限を受けるもの
- ⑪胸腹部臓器の機能に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限を受けるもの
- ⑫一手のおや指を失ったもの、ひとさし指を含み 2 の手指を失ったもの又はおや指及びひとさし指以外の 3 の手指を失ったもの
- ⑬一手のおや指を含み 2 の手指の用を廃したもの
- ⑭一足の第 1 の足指を含み 2 以上の足指を失ったもの
- ⑮一足の足指の全部を失ったもの
- ⑯生殖器に著しい障害を残すもの

第 10 級

- ①一眼の視力が 0.1 以下になったもの
- ②咀嚼及び言語の機能に障害を残すもの
- ③14 歯以上に対し歯科補てつを加えたもの
- ④両耳の聴力が 1メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの
- ⑤一耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの
- ⑥一手のひとさし指を失ったもの又はおや指及びひとさし指以外の二の手指を失ったもの
- ⑦一手のおや指の用を廃したもの、ひとさし指を含み二の手指の用を廃したもの又はおや指及びひとさし指以外の三の手指の用を廃したもの
- ⑧一下肢を 3 センチメートル以上短縮したもの
- ⑨一足の第一の足指又は他の四の足指を失ったもの
- ⑩一上肢の三大関節中の一関節の機能に著しい障害を残すもの
- ⑪一下肢の三大関節中の一関節の機能に著しい障害を残すもの

第 11 級

- ①両眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すもの
- ②両眼のまぶたに著しい障害を残すもの
- ③一眼のまぶたに著しい欠損を残すもの
- ④10 歯以上に対し歯科補てつを加えたもの
- ⑤両耳の聴力が 1メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの
- ⑥一耳の聴力が 40 センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの
- ⑦脊柱に奇形を残すもの
- ⑧一手のなか指又はくすり指を失ったもの
- ⑨一手のひとさし指の用を廃したもの又はおや指及びひとさし指以外の二の手指の用を

廃したもの

- ⑩一足の第一の足指を含み二以上の足指の用を廃したもの
- ⑪胸腹部臓器に障害を残すもの

第 12 級

- ①一眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すもの
- ②一眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの
- ③7 歯以上に対し歯科補てつを加えたもの
- ④一耳の耳殻の大部分を欠損したもの
- ⑤鎖骨、胸骨、ろっ骨、けんこう骨又は骨盤骨に著しい奇形を残すもの
- ⑥一上肢の三大関節中の一関節の機能に障害を残すもの
- ⑦一下肢の三大関節中の一関節の機能に障害を残すもの
- ⑧長管骨に奇形を残すもの
- ⑨一手のなか指又はくすり指の用を廃したもの
- ⑩一足の第二の足指を失ったもの、第二の足指を含み二の足指を失ったもの又は第三の足指以下の三の足指を失ったもの
- ⑪一足の第一の足指又は他の四の足指の用を廃したもの
- ⑫局部に頑固な神経症状を残すもの
- ⑬男子の外貌に著しい醜状を残すもの
- ⑭女子の外貌に醜状を残すもの

第 13 級

- ①一眼の視力が 0.6 以下になったもの
- ②一眼に半盲症、視野狭窄又は視野変状を残すもの
- ③両眼のまぶたの一部に欠損を残し又はまつげはげを残すもの
- ④5 歯以上に対し歯科補綴を加えたもの
- ⑤一手のこ指を失ったもの
- ⑥一手のおや指の指骨の一部を失ったもの
- ⑦一手のひとさし指の指骨の一部を失ったもの
- ⑧一手のひとさし指の末関節を屈伸することができなくなったもの
- ⑨一下肢を 1 センチメートル以上短縮したもの
- ⑩一足の第三の足指以下の一又は二の足指を失ったもの
- ⑪一足の第二の足指の用を廃したもの、第二の足指を含み二の足指の用を廃したもの又は第三の足指以下の三の足指の用を廃したもの

第 14 級

- ①一眼のまぶたの一部に欠損を残し又はまつげはげを残すもの
- ②3 歯以上に対し歯科補綴を加えたもの
- ③一耳の聴力が 1 メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの
- ④上肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの
- ⑤下肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの
- ⑥一手のこ指の用を廃したもの
- ⑦一手のおや指及びひとさし指以外の手指の指骨の一部を失ったもの
- ⑧一手のおや指及びひとさし指以外の手指の末関節を屈伸することができなくなったもの
- ⑨一足の第三の足指以下の一又は二の足指の用を廃したもの
- ⑩局部に神経症状を残すもの
- ⑪男子の外貌に醜状を残すもの

表 4-3-9 自動車事故被害者に対する生活資金の貸し付け及び介護料の支給（自動車事故対策センター法）による障害認定基準

ア、自動車事故により脳損傷を生じ、次に該当する重度の精神神経障害が 3 月以上継続する状態にあるため、常時介護を必要とする者（54 年 8 月 1 日から支給）

1. 自力移動が不可能である。
 2. 自力摂食が不可能である。
 3. 尿失禁状態にある。
 4. 眼球はかろうじて物を追うこともあるが、認識はできない。
 5. 声は出しても、意味のある発言は全く不可能である。
 6. 眼を開け、手を握れというような簡単な命令にはかろうじて応ずることもあるが、それ以上の意思の疎通は不可能である。
- イ、自動車事故により高位の頸髄に横断損傷を生じ、四肢体幹の運動及び知覚に完全麻痺があり、次に該当する重度の神経障害が3月以上継続する状態にあるため常時介護を必要とする者（56年10月1日から支給）
1. 上記1. ～3. までの該当する状態である。
 2. 人工介添呼吸が必要な状態である。

表4-3-10 障害者の雇用促進等に関する法律による障害認定基準

- (1) 視覚障害
次に掲げる視覚障害で永続するもの
 - ①両眼の視力（万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ）がそれぞれ0.1以下のもの
 - ②一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもの
 - ③両眼による視野がそれぞれ10度以下のもの
 - ④両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの
- (2) 聴覚、平衡機能障害
次に掲げる聴覚又は平衡機能障害で永続するもの
 - ①両耳の聴力レベルがそれぞれ70dB以上のもの
 - ②一耳の聴力損失が90dB以上、他耳の聴力損失が50dB以上のもの
 - ③両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50%以下のもの
 - ④平衡機能の著しい障害
- (3) 次に掲げる音声機能、言語機能又は咀嚼機能
 - ①音声機能、言語機能又は咀嚼機能の喪失
 - ②音声機能、言語機能又は咀嚼機能の著しい障害で、永続するもの
- (4) 次に掲げる肢体不自由
 - ①一上肢、一下肢又は体感の機能の著しい障害で永続するもの
 - ②一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの
 - ③一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの
 - ④一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続するもの
 - ⑤両下肢のすべての指を欠くもの
 - ⑥①～⑤までに掲げるもののほか、その程度が①～⑤までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害。
- (5) 心臓、腎臓又は呼吸器の機能の障害その他政令で定める障害で、永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの

表4-3-11 所得税法による障害認定基準

障害者	(1) 心神喪失の常況にある者、失明者その他の精神又は身体に障害がある者で
-----	---------------------------------------

- 政令で定めるものをいう。身体障害者手帳の交付を受けた3～6級のもの
- (2) 戦傷病者特別援護法第4条の規定により戦傷病者手帳の交付を受けている者
 - (3) 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第十一条第1項の規定による厚生大臣の認定を受けている者
 - (4) 前各号に掲げる者のほか、常に就床を要し、複雑な介護を要する者

- 特別障害者
- (1) 障害者のうち、精神又は身体に重度の障害がある者で政令で定めるもの。身体障害者手帳の交付を受けた1～2級のもの。
 - (2) 戦傷病者手帳に精神上又は身体上の障害の程度が恩給法別表第一号表ノ二の特別項症から第三項症までであるとして記載されている者

表4-3-12 恩給法による障害認定基準

- | | |
|------|---|
| 特別項症 | 一 心身障害の為自己身の日常生活活動が全く不能にして常時複雑なる介護を要するもの |
| | 二 両眼の視力が明暗を弁別し得ざるもの |
| | 三 両上肢又は両下肢を全く失なひたるもの |
| | 四 身体諸部の障害を綜合して其の程度第一項症に第一項症乃至第六項症を加えたるもの |
| 第一項症 | 一 心身障害の為自己身の日常生活活動が著しく妨げられ常時介護を要するもの |
| | 二 咀嚼及言語の機能を併せ廢したるもの |
| | 三 両眼の視力が視標0.1を0.5メートル以上にては弁別し得ざるもの |
| | 四 レ線像に示されたる肺結核の病型が広汎空洞型にして結核菌を大量且継続的に排出し常時高度の安静を要するもの |
| | 五 呼吸困難の為換気機能検査も実施し得ざるもの |
| | 六 肘関節以上にて両上肢を失なひたるもの |
| | 七 膝関節以上にて両下肢を失なひたるもの |
| 第二項症 | 一 咀嚼又は言語の機能を廢したるもの |
| | 二 両眼の視力が視標0.1を1メートル以上にては弁別し得ざるもの |
| | 三 両耳全く聾したるもの |
| | 四 大動脈瘤、鎖骨下動脈瘤、綜頸動脈瘤、無名動脈瘤又は腸骨動脈を發したるもの |
| | 五 腕関節以上にて両上肢を失なひたるもの |
| | 六 一上肢又は一下肢を全く失なひたるもの |
| | 七 足関節以上にて両上肢を失なひたるもの |
| 第三項症 | 一 心身障害の為家庭内に於ける日常生活活動が著しく妨げられるるもの |
| | 二 両眼の視力が0.1を1.5メートル以上にては弁別し得ざるもの |
| | 三 レ線像に示されたる肺結核の病型が非広汎空洞型にして結核菌を継続的に排出して常時中等度の安静を要するもの |
| | 四 呼吸機能を高度に妨ぐるもの |
| | 五 心臓の機能の著しき障害の為家庭内に於ける日常生活活動に於いて心不全症状又は狭心症症状を来すもの |
| | 六 腎臓若は肝臓の機能又は造血機能を著しく妨ぐるもの |
| | 七 肘関節以上にて一上肢を失なひたるもの |
| | 八 膝関節以上にて一下肢を失なひたるもの |

- 第四項症 一 咀嚼又は言語の機能を著しく妨ぐるもの
 二 両眼の視力が0.1を2メートル以上にては弁別し得ざるもの
 三 両耳の聴力が0.05メートル以上にては大声を解し得ざるもの
 四 両辜丸を全く失なひたるものにして脱落症状の著しからざるもの
 五 腕関節以上にて一上肢を失なひたるもの
 六 足関節以上にて一下肢を失なひたるもの
- 第五項症 一 心身障害の為社会に於ける日常生活活動が著しく妨げられるもの
 二 頭部、顔面等に大なる醜形を残したるもの
 三 一眼の視力が0.1を0.5メートル以上にては弁別し得ざるもの
 四 レ線像に示されたる肺結核の病型が不安定非空洞型にして病巣が活動性を有し常時軽度の安静を要するもの
 五 呼吸機能を中等度に妨ぐるもの
 六 心臓の機能の中等度の障害の為社会生活活動に於て心不全症状又は狭心症症状を来すもの
 七 腎臓若は肝臓の機能又は造血機能を中等度に妨ぐるもの
 八 一側総指を全く失なひたるもの
- 第六項症 一 頸部又は軀幹の運動に著しく妨くるもの
 二 一眼の視力が0.1を1メートル以上にては弁別し得ざるもの
 三 脾臓を失なひたるもの
 四 一側拇指及示指を全く失なひたるもの
 五 一側総指の機能を廃したるもの
- 第七項症 (現行法の第一款症に相当)
 一 一眼の視力が0.1を2メートル以上にては弁別し得ざるもの
 二 一耳全く聾し他耳尋常の話を1.5メートル以上にては解し得ざるもの
 三 一側腎臓を失なひたるもの
 四 一側拇指を全く失なひたるもの
 五 一側示指及至小指を全く失なひたるもの
 六 一側足関節が直角位に於て強剛したるもの
 七 一側総趾を全く失なひたるもの
- 第二款症 一 一眼の視力が0.1を2.5メートル以上にては弁別し得ざるもの
 二 一耳待った全く聾したるもの
 三 一側拇指の機能を廃したるもの
 四 一側示指及至小指の機能を廃したるもの
 五 一側総趾の機能を廃したるもの
- 第三款症 一 心身障害の為社会に於ける日常生活活動が中等度に妨げられるもの
 二 一眼の視力が0.1を3.5メートル以上にては弁別し得ざるもの
 三 一耳の聴力が0.05メートル以上にては大声を解し得ざるもの
 四 レ線像に示されたる肺結核の病型が安定非空洞型なるも再悪化の虞ある為経過観察を要するもの
 五 呼吸機能を軽度に妨ぐるもの
 六 一側辜丸を全く失なひたるもの
 七 一側示指を全く失なひたるもの
 八 一側第一趾を全く失なひたるもの
- 第四款症 一 一側示指の機能を廃したるもの
 二 一側中指を全く失なひたるもの
 三 一側第一趾の機能を廃したるもの

第五款症	四	一側第二趾を全く失なひたるもの
	一	一眼の視力が0.1に満たさるもの
	二	一耳の聴力が尋常の話し声を0.5メートル以上にては解し得さるもの
	三	一側中指の機能を廃したるもの
	四	一側環指を全く失なひたるもの
	五	一側第二趾の機能を廃したるもの
	六	一側第三趾及第五趾の中二趾を全く失なひたるもの
<ul style="list-style-type: none"> ・ 右に掲ぐる各症に該当せざる傷痕疾病の症項は右に掲ぐる各症に準じ之を査定す ・ レ線像に示されたる肺結核の病型「日本結核病学会病型分類」に依る ・ 視力を測定する場合に於ては屈折異常のものに付ては矯正視力に依り視標は万国共通視力標に依る 		

表4-3-13 戦傷病者特別援護法による障害認定基準

<p>①軍人軍属等であつて次のいずれかに該当する者の申請により交付する。</p> <p>ア 公務上の傷病により恩給法別表等に定める程度の障害のある者</p> <p>イ 公務上の傷病について厚生大臣が療養の必要があると認定した者</p> <p>(注) 本法でいう公務上の傷病には、勤務に関連した傷病を含む</p> <p>②手帳の交付は、都道府県知事が行う。</p> <p>③手帳には(1)の①、②等についての判断が記載されており、これによって諸給付または他の法令による援護の対象者とされる。</p>
--

表4-3-14 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による障害認定

<p>①両眼の視力の和が0.08以下のもの</p> <p>②両耳の聴力損失が80デシベル以上のもの</p> <p>③平衡機能にきわめて著しい障害を有するもの</p> <p>④音声又は言語機能を喪失したもの</p> <p>⑤両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの</p> <p>⑥両上肢のおや指及びひとさし指の機能に著しい障害を有するもの</p> <p>⑦一上肢の機能に著しい障害を有するもの</p> <p>⑧一上肢のすべての指を欠くもの</p> <p>⑨一上肢のすべての指の機能を全廃したもの</p> <p>⑩両下肢をショパー関節以上で欠くもの</p> <p>⑪両下肢の機能に著しい障害を有するもの</p> <p>⑫一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの</p> <p>⑬一下肢の機能を全廃したもの</p> <p>⑭体幹の機能に歩くことが困難な程度の障害を有するもの</p> <p>⑮前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であつて、家庭内での日常生活が著しい制限を受けるか、又は家庭内での日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの</p> <p>⑯精神の障害であつて、前各号と同程度以上と認められる程度のもの</p> <p>⑰身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であつて、その状態が前各号と同程度以上と認められるもの</p> <p>(備考) 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。</p>
--

表4-3-15 医薬品副作用被害救済制度による障害認定

1級	1	両眼の視力の和が0.04以下のもの
----	---	-------------------

- 2 両耳の聴力レベルが 100 デシベル以上のもの
- 3 両上肢の機能に著しい障害を有するもの
- 4 両下肢の機能に著しい障害を有するもの
- 5 体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの
- 6 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
- 7 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められるもの
- 8 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

- 2級
- 1 両眼の視力の和が 0.08 以下のもの
 - 2 両耳の聴力レベルが 90 デシベル以上のもの
 - 3 平衡機能に著しい障害を有するもの
 - 4 咀嚼の機能を欠くもの
 - 5 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの
 - 6 一上肢の機能に著しい障害を有するもの
 - 7 一下肢の機能に著しい障害を有するもの
 - 8 体幹の機能に歩くことが出来ない程度の障害を有するもの
 - 9 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
 - 10 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められるもの
 - 11 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

表 4-3-15 災害弔慰金の支給等に関する法律による障害認定

- 1 両眼が失明したもの
- 2 咀嚼及び言語の機能を廃したもの
- 3 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの
- 4 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を要するもの
- 5 両上肢をひじ関節以上で失ったもの
- 6 両上肢の用を廃したもの
- 7 両下肢をひざ関節以上で失ったもの
- 8 両下肢の用を廃したもの
- 9 精神又は身体の障害が重複する場合における当該重複する障害の程度が前各号と同程度以上と認められるもの

表 4-3-16 学校教育法による障害認定

- 視覚障害者 両眼の視力がおおむね 0.3 未満のもの又は視力以外の視機能障害が高度のもののうち、拡大鏡等の使用によっても通常の文字、図形等の視覚による認識が不可能又は著しく困難な程度のもの
- 聴覚障害者 両耳の聴力レベルがおおむね 60 デシベル以上のものうち、補聴器等の使用によっても通常の話声を解することが不可能又は著しく困難な程度のもの
- 知的障害者 1. 知的発達の遅滞があり、他人との意思疎通が困難で日常生活を営むのに頻繁に援助を必要とする程度のもの

2. 知的発達 の 遅滞 の 程度 が 前号 に 掲げ る 程度 に 達 し ない も の の うち、 社会 生活 へ の 適応 が 著 し く 困 難 な も の

肢体不自由者 1. 肢体不自由 の 状態 が 補装 具 の 使用 に よつ て も 歩 行、 筆 記 等 日 常 生 活 に お け る 基 本 的 な 動 作 が 不 可 能 又 は 困 難 な 程 度 の も の

2. 肢体不自由 の 状態 が 前号 に 掲げ る 程度 に 達 し ない も の の うち、 常 時 の 医 学 的 観 察 指 導 を 必 要 と す る 程 度 の も の

病弱者 1. 慢 性 の 呼 吸 器 疾 患、 腎 臓 疾 患 及 び 神 經 疾 患、 悪 性 新 生 物 そ の 他 の 疾 患 の 状 態 が 継 続 し て 医 療 又 は 生 活 規 制 を 必 要 と す る 程 度 の も の

2. 身 体 虚 弱 の 状 態 が 継 続 し て 生 活 規 制 を 必 要 と す る 程 度 の も の ① 盲 者：一 両 眼 の 視 力 が 0.1 未 満 の も の

表 4-3-17 予 防 接 種 法 に よ る 障 害 認 定

- 1 級 ① 両 眼 の 視 力 が 0.02 以 下 の も の
② 両 上 肢 の 用 を 全 く 廃 し た も の
③ 両 下 肢 の 用 を 全 く 廃 し た も の
④ 前 各 号 に 掲 げ る も の の ほ か、 身 体 の 機 能 の 障 害 又 は 長 期 に わ た る 安 静 を 必 要 と す る 病 状 が 前 各 号 と 同 程 度 以 上 と 認 め ら れ る 状 態 であ っ て、 労 働 す る こ と を 不 能 な ら し め、 か つ、 常 時 の 介 護 を 必 要 と す る 程 度 の も の
⑤ 精 神 の 障 害 であ っ て、 前 各 号 と 同 程 度 以 上 と 認 め ら れ る 程 度 の も の
⑥ 身 体 の 機 能 の 障 害 若 し く は 病 状 又 は 精 神 の 障 害 が 重 複 す る 場 合 であ っ て、 そ の 状 態 が 前 各 号 と 同 程 度 以 上 と 認 め ら れ る 場 合

- 2 級 ① 両 眼 の 視 力 が 0.04 以 下 の も の
② 一 眼 の 視 力 が 0.02 以 下 で、 か つ、 他 眼 の 視 力 が 0.06 以 下 の も の
③ 両 耳 の 聴 力 が、 耳 殻 に 接 し て 大 声 に よ る 話 を し て も こ れ を 解 す る こ と が で き ない 程 度 の も の
④ 咀 嚼 又 は 言 語 の 機 能 を 廃 し た も の
⑤ 一 上 肢 の 用 を 全 く 廃 し た も の
⑥ 一 下 肢 の 用 を 全 く 廃 し た も の
⑦ 体 幹 の 機 能 に 高 度 の 障 害 を 有 す る も の
⑧ 前 各 号 に 掲 げ る も の の ほ か、 身 体 の 機 能 の 障 害 又 は 長 期 に わ た る 安 静 を 必 要 と す る 病 状 が 前 各 号 と 同 程 度 以 上 と 認 め ら れ る 状 態 であ っ て、 労 働 が 高 度 の 制 限 を 加 え る こ と を 必 要 と す る 程 度 の も の
⑨ 精 神 の 障 害 であ っ て、 前 各 号 と 同 程 度 以 上 と 認 め ら れ る 程 度 の も の
⑩ 身 体 の 機 能 の 障 害 若 し く は 病 状 又 は 精 神 の 障 害 が 重 複 す る 場 合 であ っ て、 そ の 状 態 が 前 各 号 と 同 程 度 以 上 と 認 め ら れ る 程 度 の も の

- 3 級 ① 両 眼 の 視 力 が 0.1 以 下 の も の
② 両 耳 の 聴 力 が 40 セ ン チ メ ー ト ル 以 上 で は 普 通 の 話 声 を 解 す る こ と が で き ない も の
③ 咀 嚼 又 は 言 語 の 機 能 に 著 し い 障 害 を 有 す る も の
④ 一 上 肢 の 機 能 に 著 し い 障 害 を 有 す る も の
⑤ 一 下 肢 の 機 能 に 著 し い 障 害 を 有 す る も の
⑥ 体 幹 の 機 能 に 著 し い 障 害 を 有 す る も の
⑦ 前 各 号 に 掲 げ る も の の ほ か、 身 体 の 機 能 の 障 害 又 は 長 期 に わ た る 安 静 を 必 要 と す る 病 状 が 前 各 号 と 同 程 度 以 上 と 認 め ら れ る 状 態 であ っ て、 労 働 が 著 し い 制 限 を 受 け る か、 又 は 労 働 に 著 し い 制 限 を 加 え る こ と を 必 要 と す る 程

度のもの

- ⑨精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
- ⑩身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

(備考) 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

表 4-3-18 心身障害者世帯向公営住宅の障害認定

- (1) 戦傷病者にあつては、恩給法（大正 12 年法律第 48 号）別表第一号表の 3 の第一款症以上の障害があり、かつ戦傷病者特別援護法（昭和 38 年法律第 168 号）第 4 条の規定により交付を受けた戦傷病者手帳を所持している者
- (2) 戦傷病者以外の身体に障害のある者にあつては、身体障害者福祉法施行規則別表第 5 号の 4 級以上の障害があり、その旨記載された手帳を交付された者

表 4-3-19 障害者住宅整備資金貸付制度による障害認定

身体障害者手帳の所持者でその障害の程度が 1～4 級のもの（身体障害児を含む）。

表 4-3-20 公営住宅法による障害認定

- (1) 身体障害者福祉法第 15 条第四項の規定により交付を受けた身体障害者手帳に身体上の障害がある者として規定されている者で、身体上の障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第 5 号の 1 級～4 級までのもの。
- (2) 戦傷病者特別援護法第四条の規定により戦傷病者手帳の交付を受けている者で当該手帳に記載されている身体上の障害の程度が恩給法別表第一号表の二の特別項症から第六項症まで又は同法別表第一号表ノ三の第一款症であるもの

表 4-3-21 郵便による不在者投票における障害認定

- (1) 身体障害者福祉法第 15 条第四項の規定により交付を受けた身体障害者手帳に両下肢、体幹、心臓、腎臓、呼吸器、膀胱若しくは直腸若しくは小腸の障害若しくは移動機能の障害の程度が、両下肢若しくは体幹の障害の障害若しくは移動機能の障害にあつては 1 級若しくは 2 級、心臓、腎臓、呼吸器若しくはぼうこう若しくは直腸若しくは小腸の障害にあつては 1 級若しくは 3 級である者として記載されている者又は両下肢の障害の程度がこれらの障害の程度に該当することにつき身体障害者福祉法施行令第三条に規定する身体障害者手帳交付台帳を備える都道府県知事又は指定都市の長が書面により証明した者
- (2) 戦傷病者については戦傷病者手帳に両下肢等の障害の程度が、両下肢若しくは体幹の障害にあつては恩給法における特別項症から第二項症まで、内蔵機能の障害にあつては特別項症から第三項症までである者として記載されている者又は両下肢等の障害の程度がこれらの障害の程度に該当することにつき戦傷病者特別援護法施行令第五条の規定する戦傷病者手帳交付台帳を備える都道府県知事が書面により証明した者。
- (3) 二以上の身体上の障害を重複して有する者については、そのうちいずれか一の障害の程度が前期（1）間は（2）に掲げる両下肢等の障害の程度に該当するものであること。また、下肢の障害により第二項症に該当する戦傷病者のうち、対象者は両下肢の障害により第二項症に該当する者に限定されるものであること。

表 4-3-22 身体障害者に対する旅客鉄道株式会社等の旅客運賃の割引における障害認定

・第1種身体障害者

視覚障害（1～3級、4級の1）、聴覚障害（2級及び3級）、肢体不自由（上肢不自由（1級、2級の1及び2級の2）、下肢不自由（1級、2級及び3級の1）、体幹不自由（1～3級）、乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害（上肢機能障害（1級及び2級、一上肢のみに運動機能障害がある場合を除く）、移動機能障害（1～3級、一下肢のみに運動機能障害がある場合を除く）、内部障害（心臓機能障害（1～4級）、腎臓機能障害（1～4級）、呼吸器機能障害（1～4級）、膀胱又は直腸機能障害（1～3級）、小腸機能障害（1～4級）、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害（1～4級）

前記に掲げる障害を二つ以上有し、その障害の総合の程度が各等級に準ずるものも第1種身体障害者とされること。

・第2種身体障害者

第1種身体障害者以外の身体障害者。

表4-3-23 身体障害者航空旅客運賃の割引における障害認定

・第1種身体障害者（身体障害者に対する旅客運賃の割引による）

視覚障害（1～4級）、聴覚障害（1～4級）、平衡機能障害（1～3級）、音声機能、言語機能又は咀嚼機能障害（1～3級）、肢体不自由（下肢不自由（1～4級）、乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害（移動機能）（1～4級）、膀胱もしくは直腸の機能障害（1～4級）

・第1種身体障害者以外の障害者

表4-3-24 身体障害認定の制度別活用状況

制度	実施単位	制度における身体障害者障害認定の活用	障害名の活用	等級の活用	概要
身体障害者福祉法	国	身体障害者手帳を受けたものが制度利用可能。	無	無	
障害者自立支援法	国	身体障害者手帳を受けたものが制度利用可能。	有	有	日常生活用具、補装具などで障害名、等級を活用
生活保護法	国	身体障害者手帳を受けたものも制度利用可能。	無	有	障害者加算は3級まで。
特別障害者手当	国	身体障害者手帳を受けたものうち重度のものが制度利用可能。	無	有	1級または2級の重複など。
障害児福祉手当	国	身体障害者手帳を受けたものうち重度のものが制度利用可能。	有	有	1級および2級の一部
特別児童扶養手当	国	身体障害者手帳を受けたものうち重度のものも制度利用可能。	無	有	ほぼ手帳1-3級相当
所得税・住民税	国	身体障害者手帳を受けたものも制度利用可能。	無	有	特別障害者控除は1-2級、それ以外は障害者控除
相続税	国	身体障害者手帳を受けたものも制度利用可能。	無	有	特別障害者控除は1-2級、それ以外は障害者控除
マル優制度	国	身体障害者手帳を受けたものも制度利用可能。	無	無	すべての等級が対象。
自動車税・自動車取得税の減免	国	身体障害者手帳を受けたものも制度利用可能。	有	無	移動障害者が対象。下肢障害は等級の限定無し
軽自動車税の減免	国	身体障害者手帳を受けたものも制度利用可能。	有	無	移動障害者が対象。下肢障害は等級の限定無し
自動車改造資金の補助	国	身体障害者手帳を受けたものが就労や就学に必要な場合。	無	無	全障害。
自動車運転免許取得費用の補助	国	身体障害者手帳を受けたものが制度利用可能。	無	有	全障害の1-4級が対象。
重度障害者医療	自治体	身体障害者手帳を受けたものうち重度のものも制度利用の対象者となる。	有	有	1-2または1-3級のみが利用可能。
重度心身障害者手当	自治体	東京都では、介護に特別な配慮が必要な重度の身体障害者に手当が支給される。	有	有	重度の肢体不自由者などが対象。
心身障害者福祉手当	自治体	東京都の区では、重度の身体障害者に手当を支給。	無	有	身体障害者手帳1-2級と3級などの障害者が対象
鉄道運賃など交通機関の割引	民間	身体障害者手帳を受けたものが制度利用可能。	有	有	等級を活用し、一種と二種に分類
有料道路の通行料金の割引	民間	身体障害者手帳を受けたものうち一定の者が制度利用可能。	有	有	等級を活用し独自の対象者を設定。
国内航空運賃の割引	民間	身体障害者手帳を受けたものが制度利用可能。	有	有	鉄道の運賃割引の一種が対象
タクシーの運賃割引	民間	身体障害者手帳を受けたものが制度利用可能。	無	無	全障害と等級が対象。
NHK受信料の免除	民間	身体障害者手帳を受けたものが制度利用可能。	有	有	視覚・聴覚障害と1-2級の肢体不自由者が半額免除。

[資料] 脊髄損傷と加齢

住田幹男(関西労災病院)

はじめに: 第2次世界大戦後の急速な経済的かつ社会的な復興は、同時に医療・保健・福祉の分野においても大きな進歩をもたらして来ている。脊髄治療における医学的管理とリハビリテーションの進歩は脊髄損傷者の平均余命をとりわけ若年者においては劇的に増大させてきており、障害を持たない者のそれに近づきつつある。図1このことは3つの同時進行する過程—すなわち障害者の受傷時年齢、増大する受傷後経過年数と加齢のそれぞれ独立した影響、又はお互いに関連する影響—への考察を要求している。その結果は、受傷した時代当時の医療処置の限界や影響も含めてそれぞれの時期や年齢において必要とされる適切な援助を提供することへの注意を喚起して福祉政策上に反映させて、またリハビリ工学をはじめとして介護を提供していく側にも新しい提言をしていくことで今後の脊髄損傷者とその家族の老後の生活や人生がより豊かなものとなることを期待する。ここでは昨年の論考を踏まえ、海外の先進国のそれぞれの国における大きな社会福祉医療事情の違いがあることは前提として、20年以上の受傷後経過年数を多くケアしてきた施設からの諸論文を参考に総説として考察する。

✳加齢と長期にわたる能力障害を持続した受傷後経過年数との独立した影響と相互の影響の考察と顕在化する身体的症状の変化

身体的症状の変化は多岐に渡っているが、McColl ら¹⁾が述べているように1、脊髄損傷者として長い年月生きてきたことの障害の長期的影響(慢性的な尿路感染など)、2、もともとの病巣の2次的な合併症—例えば外傷後脊髄空洞症など3、脊髄損傷と関係のない、慢性的な疾病—心臓病などのような病理的プロセス4、関節、感覚、軟部組織などの変性5、社会的、地域社会、文化的影響などが考えられる。

Gerhart ら(1993)²⁾は英国の脊髄センターで治療を受けその後20年以上にわたってfollow-upを受けてきた279名の脊髄損傷者を対象にCHARTを用いて調査を行い、結果として22%が機能的な低下と身体的援助の増加を訴えていたと報告している。その平均年齢は四肢麻痺で49歳、対麻痺で54歳であったとし、年齢と受傷後経過年数との関連では年齢との関連が有意であったとしている。機能的低下の理由としては、疲労・筋力の低下、次に痛み、関節の拘縮、そして体重の増加を挙げている。

カナダのPentland ら(1995)³⁾は83名の男性脊髄損傷者について(年齢が21歳から79歳まで、受傷後経過年数が3年から52年まで)年齢、受傷後経過年数、両者の相互関連、受傷高位を、健康に関する項目(痛み、疲労、機能的自立度、活動性、病気と症候、全般的な健康に関する認識、社会的援助、生活の満足度と経済的安定度)と関連させる多変量モデルを構築して検討した。40歳以上、以下、受傷後経過年数20年以上、5年以下の4群に分割して検討した。その結果は年齢が有意に主な影響を与えたのは3つのアウトカムで、年齢が増加するにつれて、より多くの疲労、活動性のより低下(疼痛による)、逆に生活全般に対する満足度の増加を経験した。一方受傷後経過年数の増加が有意に影響を与えたのは2つのアウトカムで、収入のより低下と、症候と病気の増加であったとしている。高齢化と障害の長期化の両者の相互作用は、経済的な安定性の低下と健康に対する畏れを強調している。疲労に関する考察では原因

に関する検討についてはその詳細はしていないが、多くの研究でも最も上位を占める問題であり最も多くの報告を提示している。その原因の詳細な検討には、横断的研究だけでなく縦断的研究の重要性にも言及していた。

アメリカの Thompson(1999)⁴⁾ は、アメリカ California の 150 名の脊損者(平均年齢 38 歳(18-64) 経過年数 13 年(1-37))を対象に調査し報告している。24%が最近 5 年以内にその身体的機能の低下や変化を訴えており、その中で機能低下を訴えている群は、ない群よりも年齢が有意に高く、それぞれ平均 45 歳と 36 歳であり、受傷後経過年数ではそれぞれ平均で 18 年と 11 年であったと報告している。機能低下の内訳では疲労が最も頻度が高く、次に痛みと筋力の低下であった。図2さらに低下を訴えた群の半数以上が ADL の援助の追加を必要としていた。ADL、IADL の主な介助者は家族であった。入浴、排泄のための支援機器が時とともに増加していた。支援機器の使用は3つの時期(退院時、問診の時期から 5 年前、最近)に加えて、装置のタイプに分けて検討している。さらに介護者の多くを占める家族の高齢化さらには彼らの医学的かつ機能的な変化は今後の大きな関心事になると指摘している。さらに多くの Managed care plan は包括的なリハビリテーションサービスや、個別のケアサービス、また耐久性のある医療機器をカバーしておらず、これらのサービスは重度の障害にのみ限られているとしている。これらの高齢化し受傷後経過年数の長期化する脊損者の機能損失の増大に対しては、早期からの予防的な評価や健康管理へのアクセスを行い、機能低下を防止し、最小化することの必要性を強調している。

カナダの McCollら(2003)¹⁾ はアメリカ、イギリス、カナダ3カ国 352 名の脊損者を対象に検討している。受傷後一年以内にリハビリテーション施設に入院し、少なくとも 20 年以上の経過年数を有し、受傷時年齢は 15 歳から 55 歳の間であった。結果は QOL は間接的かつ直接的に、年齢、健康と能力障害に関する問題、加齢に関する認識によって影響されていた。対象者の中でより若い者がより多く疲労を訴えている事であった。結論として疲労というものが、加齢や健康問題、能力障害における時間的な不利益の認識と関連しているということへの関心であり、加齢の影響をまさに経験し始めようとしている人々の間に臨床的な周到な注意深さを持って彼らの必要性に焦点を当てることの必要性を強調している。図3表1

統計的分析を通して、3つの変数のカテゴリーの内的関連すなわち1、年齢と能力障害のレベルに関する変数(能力障害のレベル、年齢、受傷後経過年数)2、健康と能力障害の変数(能力障害に関する問題、健康の問題、疲労)3、QOL の指数(QOL、加齢による悪化、加齢の加速)について図示している。

アウトカムに関する影響については、

7つの変数のうち6つが QOL については負の影響を示したが、ただ1つ受傷後経過年数のみが正の影響を示していた。

統計変数と能力障害変数の影響については、年齢、受傷高位、能力障害の期間、疲労についてそれぞれ検討した。説明可能なカテゴリーとして3つの所見を提示している。1、低い QOL は高齢化と加速する加齢化と関連している、2、より重度に加齢しているという認識はより多くの健康問題とより多く疲労を感じている者に明らかである、3、より早く高齢化しているという認識は能力障害をより長期に生きてきた者では減少している。ここでより若く、受傷後経過年数でもより短い脊損者がもっとも多くの疲労を感じている一

方、より高齢化が早く進行するという認識が、受傷後長期に生存している者で減少していることを説明する仮説として、2つの仮説理論すなわち double jeopardy theory 重複する危機理論と age leveler theory 年齢平衡化理論を紹介している。前者では年を取るにつれて、若いときの活動性と比較してそれよりも不利益がより大きくなるとするのに対して、後者は加齢につれて、年齢が梃子となってその不利益がより目立たなくなる、すなわち、社会的な状況に対して梃子として働くものとする。結論として後者の方が当てはまるとしている。しかし一方で若年者群が40歳から65歳の労働可能年齢にあり、事実多くは就労していることから、就労という life style からくともありうるとしている。いずれにせよ、健康問題や能力障害がQOLに両者とも直接的、間接的に負の影響を持つと同時に、40歳以上かつ20年以上の受傷後経過年数のこの集団では、年齢が直接的、間接的に負の影響を持っているとしている。

アメリカの Kemp (2005)⁵⁾ は、平均余命がここ20年間の間に飛躍的に改善し、障害を持たないものの85%に達していると報告している。そのため障害者の高齢化は本人、家族のみならず、リハビリテーションにかかわる多くの臨床家にとって重大な関心事であるとし、高齢化のプロセスを reserve theory として紹介し、障害のかかわりをそれとの関連で理解しようと提示している。図4脳性まひや Postpolio 症候群なども含めて考察している。年齢に関連する身体的変化には機能障害特有のものがあり、予想よりもより早期に臓器機能の損失があきらかとなってきているが、それに加えて2つ要素が重要であることを指摘している。1つは機能障害の期間で、多くは加齢と密接に関連している。2つ目は機能障害が発生した歴史的な時代背景で、治療、工学、社会政策である。臓器のより急速な低下の例証を挙げながら、中でも障害を持っている者とそうでない者との最も大きな違いは2次的な健康問題の割合で脊損者の耐糖能異常、postpolio 症候群の高コレステロール血症、脳性まひ者の骨折の多発、拘縮、痛みなどを挙げている。共通するものとして疼痛、歩行障害、筋力低下、deconditioning がある。これらの症候は年齢的には45歳から50歳に集中している。表機能の帰結については1970年代の Postpolio 症候群に典型的にみられる新たな筋力低下そして疲労と痛みが出現する。この症候群は post-impairment syndrome あるいは主な活動の機能的変化の始まりという意味で Functional Impairment Syndrome と呼んでいる。前述の Gerhart らは40歳に達するまでか経過期間が20年になるまでに出現するように思われるとしている。これらの症候群の原因は、単一のものではなく、医学的、薬理的(鎮痙薬などの副作用など)、心理学的、整形外科的かつ機能的帰結の結合したものであるとしている。さらに心理社会的考察として少なくとも3つの方法が重要であるとしている。年齢に関連した変化に適応している間できるだけ高いQOLをいかに維持するか、これらの変化と損失にうまく付き合おうとするときの鬱の問題、家族やサービスシステムにおける介護供給の課題の3点である。そして最後にリハビリテーションの分野における最も大きな需要のひとつとして障害とともに老いていく人々がその健康、機能、社会心理的必要性を評価してもらえらる包括的に外来患者を評価し判定できるクリニックの開発であろうとしている。

Amsters ら(2005)⁶⁾ は Australia の脊損者84名(受傷後20年以上経過しており受傷時15歳以上であった)の後方視的縦断的検討を報告している。方法として FIM の motor subset score と単一の運動支援状態尺度 a single scale measuring mobility aids status (MAIDS)を用いて退院時、中間点として受傷後約

10年、現在の3点で収集した。結果は退院時と中間点ではその機能が增加していたが、その後中間点と現在の時点では低下していた。中間点と現在の間で参加者は運動支援機器への依存が増加していた。また中間点と現在の間で機能的低下を報告していた者は有意に低下していなかった者よりも高齢であったが経過年数や受傷時年齢では変わっていなかった。図5

結果は表2, 3, 4. に示される。退院時、四肢麻痺、対麻痺と完全麻痺、不全麻痺については表2で明らかのように全経過中対麻痺では有意の機能的な変化は見られず、四肢麻痺では完全、不全ともに有意の機能的変化を示した。四肢完全麻痺では退院時と中間点の間に改善を経験しており、不全四肢麻痺ではさらに退院時と中間点で機能的改善をそして後半で低下を示した。

年齢、受傷時年齢、経過年数のそれぞれの時点での変化では、退院時から中間点で改善、不変、低下を示した群でも有意の差を示さなかった。同様に中間点から現在の間で改善、不変、低下の群では有意の差を認めなかった。しかし中間点と現在の間で機能低下を示した群では、改善や不変であった群と比較して有意に高齢であった。46%の脊損者が中間点と現在の間で機能的低下を経験していた。またこの研究では機能の変化に最も弱いのは四肢麻痺者で特に不全麻痺で中間点と現在の間で著明な低下を示していた。しかし本来高い機能を有しており、高い占有率を閉める不全麻痺者がこの研究では多くは参加していない欠点も指摘している。

*脊損者の高齢化と障害再認定による最適化

上述のように平均余命が30年を超え、障害のない高齢者と同等の人生を享受できるようになって来ているが脊損者の高齢化の実態を把握するには、研究面ではさまざまな方法論を用いても、いつの時点で、どのように、変化していくのかを正確に把握することは困難である。しかし多くの高齢かつ長期にわたる経過年数を経た人々にいかなる医学的、社会的、介助機器の介入をすればよりQOLの高い老後の人生を送ることが可能であるかはリハビリテーション医療にとって重要な課題である。多くの研究があきらかにしていることは退院直後一旦機能的には改善が見られること、それには病院生活から地域社会での生活へのなれ、環境的な整備、社会的な支援などもあり、包括的な支援が影響していると思われる。しかし時代的な制約もあって十分な前方視的縦断的研究がなされていないこともあるが、脊損という障害そのものや年齢そして受傷後経過年数が影響して、機能の悪化をきたしていることは明らかであろう。とりわけオーストラリアの研究は、退院後10年までには改善傾向がそして10年を契機に機能的低下がみられていることから障害の見直しの時期を退院後10年と設定して障害認定の時期を設定することが妥当であると思われる。あるいは40歳以上については10年以上経過していなくても自覚症状があれば見直しの評価を試みる必要があろう。見直しは機能的な状況、能力障害、2次的な合併症の有無などを含めて、障害者の老化の加速をより細かく、的確に発見すること、すなわち多くのアウトカムから予測される的確な尺度の開発を含めて行うことが重要である。そして最も重要なことは老化を最小にし、また低下に正しく再適応できるように、医学的、心理的、社会的に有効な介入を行うことである。

引用文献

1. McColl, MA et al Aging, Spinal Cord Injury and Quality of life: Structural Relationships Arch Phys Med Rehabil 2003;84:1137-1144
2. Gerhart, KA et al Long-term Spinal Cord Injury: Functional Changes Over Time Arch Phys Med Rehabil 1993;74:1030-1034
3. Pentland, W et al The effect of aging and duration of disability on long term health outcomes following spinal cord injury Paraplegia 1995;33:367-373
4. Thompson, L Functional Changes in Persons Aging with Spinal Cord Injury Asst Technol 1999;11:123-129
5. Kemp, BJ What the rehabilitation professional and the consumer need to know Phys Med Rehabil Clin N Am 2005;16:1-18
6. Amsters, DL et al Long duration spinal cord injury: Perceptions of functional change over time Disability and Rehabilitation 2005;29:489-497

厚生労働科学研究費補助金・障害保健福祉総合研究事業

「身体障害者福祉法における今後の障害認定のありかたに関する研究」

平成 19 年度総括・分担研究報告書

発行者 岩谷力（主任研究者：国立身体障害者リハビリテーションセンター）

〒359-8555 所沢市並木 4 - 1

発行 平成 20 年 3 月 31 日